



ZEITSCHRIFT

für

MEDIZINAL-BEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen,
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

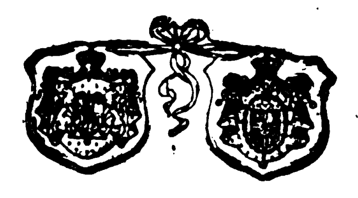
Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

XXXI. Jahrgang. 1918.



Berlin W. 62.
FISCHER'S MEDIZINISCHE BUCHHANDLUNG
H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Inhalt.

I. Original-Mitteilungen.

A. Gerichtliche Medizin, gerichtliche Psychiatrie und Sachverständigen-Tätigkeit.

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

II. Aus Versammlungen und Vereinen.

III. Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften u. s. w.[1]

A. Gerichtliche Medizin.

[1]) Die Namen der Referenten sind in Klammern beigefügt.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

C. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

D. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

1. Gutachten und Referate.

2. Gerichtliche Entscheidungen.[1])

E. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Fleckfieber.

2. Rückfallfieber.

3. Pocken, Varizellen und Schutzpockenimpfung.

---

[1]) Wo kein besonderer Vermerk gemacht ist, sind die nachstehenden Entscheidungen solche des Reichsversicherungsamts.

ZEITSCHRIFT
für
MEDIZINAL-BEAMTE.

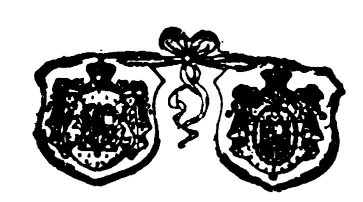
Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen,
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

XXXI. Jahrgang. 1918.

Beilage:
Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.



Berlin W. 62.
FISCHER'S MEDIZINISCHE BUCHHANDLUNG
H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.

J.C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Inhalt.

I. Rechtsprechung.

1. Entscheidungen des Reichsgerichts.

2. Entscheidung des Preußischen Oberlandesgerichts.

3. Entscheidungen des Königl. Preußischen Oberverwaltungsgerichts.

4. Beschluß des Preuß. Landeswasseramts.

II. Medizinalgesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Seite

B. Preussen.

1. Gesetze und Ministerialerlasse.

2. Verfügungen und Polizeiverordnungen in den einzelnen Regierungsbezirken.

C. Bayern.

D. Sachsen.

E. Württemberg.

F. Hessen.

Sach-Register.

Namen-Verzeichnis.

Seite

4. Hygiene der Nahrungs- und Genußmittel und Gebrauchsgegenstände.

5. Gewerbehygiene.

6. Eisenbahnhygiene.

7. Mutterschutz, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, Haltekinderwesen.

8. Schulgesundheitspflege.

Seite

16. Aerzte und Zahnärzte.

IV. Besprechungen.[1])

[1]) Die Namen der Referenten sind in Klammern beigefügt.

Tagesnachrichten.

Verschiedenes.



Sach-Register.

31. Jahrgang; Nr. 1.



Ausgegeben am 5. Januar 1918.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:

Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.

Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.

Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J C C BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i Westf

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 1, am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Professor: dem Privatdozenten Oberstabsarzt Dr. Rhese in Königsberg i. Pr.; — der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rosenbach in Göttingen; — die Rote Kreuz-Medaille III. Kl.: dem San.-Rat Dr. Mayer, stellvertr. Kreisarzt in Simmern (Rheinland); — das Verdienstkreuz für Kriegshilfe: dem Kreisarzt Dr. Zillessen in Trier, sowie den Abteilungs- und Oberärzten bei den Heil- und Pflegeanstalten Dr. Grimme in Hildesheim, Dr. Rapmund in Göttingen, Dr. Tintemann in Osnabrück, Dr. Reinelt und Dr. Gerstenberg in Lüneburg, Dr. Behr und Dr. Rizor in Langenhagen.

Versetzt: Der Regierungs- und Geheime Medizinalrat Dr. Herrmann von Allenstein nach Merseburg; der Regierungs- und Geheime Medizinalrat Dr. Schneider von Arnsberg nach Wiesbaden; der Regierungs- und Medizinalrat Dr. Janßen von Merseburg nach Stade; der Regierungs- und Medizinalrat Dr. Steiner von Stade nach Königsberg i. Pr.; der Kreisarzt, Medizinalrat Dr. Lembke von Duisburg nach Arnsberg als ständiger Hilfsarbeiter bei der dortigen Regierung; der Kreisarzt und ständige Hilfsarbeiter bei der Regierung in Potsdam Dr. Trembur in gleicher Eigenschaft an das Polizeipräsidium in Berlin; der Kreisarzt Dr. Willführ von Grottkau nach Potsdam als ständiger Hilfsarbeiter bei der dortigen Regierung; der Gerichtsarzt Dr. Klein von Elberfeld als Kreisarzt nach Grottkau; der Kreisarzt Dr. Reischauer von Dramburg nach Koblenz als Vorsteher des dortigen Medizinaluntersuchungsamts; der Kreisarzt Dr. Klare in Johannesburg in gleicher Eigenschaft in den Kreis Usedom-Wollin mit dem Wohnsitz in Swinemünde.

In den Ruhestand getreten: Der Geheime Medizinalrat Dr. Gaehde, Kreisarzt in Blumenthal; der Geheime Medizinalrat Dr. Priester, Kreisarzt in Reppen; Dr. Groß, Kreisarzt in Schleiden.

Gestorben: San.-Rat Dr. Artur Fränkel in Berlin (Mitglied des preuß. Medizinalbeamtenvereins), Medizinalrat Dr. Steinkopff, Kreisarzt in Merseburg, Geh. Med.-Rat Dr. Koehler, Kreisarzt in Landshut (Schlesien).

Im Jahre 1917 haben nach Ablegung der Prüfung für Kreisärzte folgende Aerzte das **Befähigungszeugnis für die Anstellung als Kreisarzt** erhalten: Dr. Otto Bikel in Eupen, Dr. Herbert Bodenstein in Charlottenburg, Dr. Friedrich Dörschlag in Znin, Dr. Friedrich Dose in Altona, Dr. Hans Eckstein in Karlsbad, Dr. Ernst Fürth in Berlin, Dr. Oskar Jancke in Königsberg i. Pr., Dr. Knape in Ortelsburg, Dr. Hans Messer in Neumünster, Dr. Hans Müller in Jülich, Dr. Kurt von Rottkay in Leschnitz (Oberschl.), Dr. Artur Spiecker in Neidenburg, Dr. Paul Walther in Berlin-Friedenau und Dr. Joseph Widmann in Münster i. W.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: der Titel und Rang eines Medizinalrats: den Bezirksärzten Dr. Hug in Donauwörth, Dr. Bschorer in Memmingen, Dr. Schmitz in Starnberg, Dr. Spieß in Bad Dürkheim, Dr. Schütz in Straubing, Dr. Sitzberger in Passau, Dr. Steininger in Stadtamhof und Dr. Schön in Ingolstadt, sowie den Landgerichtsärzten Dr. Loeffler in Aschaffenburg und Dr. Baumann in Fürth.

Ernannt: Der Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Schneller in Bamberg zum Mitgliede der Kreismedizinalausschüsse für Oberfranken.

In den Ruhestand getreten: Bezirksarzt Dr. Gmehling in Burglengenfeld.

Gestorben: Bezirksarzt a. D. Dr. Füßl in Bad Tölz, Landgerichtsarzt Dr. Miller in Bayreuth, Ober-Med.-Rat Dr. Pürkhauer, Reg.- und Med.-Rat a. D. in Bamberg.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charaktor als Ober-Medizinalrat: den a. o. Professoren Med.-Rat Dr. Rille, Med.-Rat Dr. Barth und Dr. Kockel in Leipzig.

Gestorben: San.-Rat Dr. Schneider, a. o. Mitglied des Sächsischen Landesgesundheitsrats und Gerichtsassistenzarzt in Zittau.

Königreich Württemberg.

Gestorben: Ober-Med.-Rat Dr. Kreuser, Direktor der Königl. Heil- und Pflegeanstalt in Winnental.

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Geh. Med. Rat Dr. Mittenmeier in Heidelberg und Med.-Rat Dr. Schumacher, Arzt der Kreispflegeanstalt in Jestetten.

Grossherzogtum Hessen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geh. Med.-Rat: dem Prof. Dr. Voit in Gießen.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geh. Med.-Rat: dem Direktor der Landesirrenanstalt Dr. Schäfer in Roda (Altenburg).

Ernannt: Med.-Rat und Kreisarzt Dr. Oßwald zum Regierungs- und Medizinalrat und vortragenden Rat für Medizinalangelegenheiten in Sondershausen.

In den Ruhestand getreten: Geh. Med.-Rat und Kreisarzt Dr. Bayer in Sondershausen und vortragender Rat des Fürstl. Ministeriums in Medizinalangelegenheiten.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Bezirksarztstelle in Burglengenfeld. Bewerbungen sind bei der für den Bewerber zuständigen Königlichen Regierung, Kammer des Innern, einzureichen.

Gestorben: San.-Rat Dr. Artur Fränkel in Berlin (Mitglied des preuß. Medizinalbeamtenvereins), Medizinalrat Dr. Steinkopff, Kreisarzt in Merseburg, Geh. Med.-Rat Dr. Koehler, Kreisarzt in Landshut (Schlesien).

Im Jahre 1917 haben nach Ablegung der Prüfung für Kreisärzte folgende Aerzte das **Befähigungszeugnis für die Anstellung als Kreisarzt** erhalten: Dr. Otto Bikel in Eupen, Dr. Herbert Bodenstein in Charlottenburg, Dr. Friedrich Dörschlag in Znin, Dr. Friedrich Dose in Altona, Dr. Hans Eckstein in Karlsbad, Dr. Ernst Fürth in Berlin, Dr. Oskar Jancke in Königsberg i. Pr., Dr. Knape in Ortelsburg, Dr. Hans Messer in Neumünster, Dr. Hans Müller in Jülich, Dr. Kurt von Rottkay in Leschnitz (Oberschl.), Dr. Artur Spiecker in Neidenburg, Dr. Paul Walther in Berlin-Friedenau und Dr. Joseph Widmann in Münster i. W.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: der Titel und Rang eines Medizinalrats: den Bezirksärzten Dr. Hug in Donauwörth, Dr. Bschorer in Memmingen, Dr. Schmitz in Starnberg, Dr. Spieß in Bad Dürkheim, Dr. Schütz in Straubing, Dr. Sitzberger in Passau, Dr. Steininger in Stadtamhof und Dr. Schön in Ingolstadt, sowie den Landgerichtsärzten Dr. Loeffler in Aschaffenburg und Dr. Baumann in Fürth.

Ernannt: Der Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Schneller in Bamberg zum Mitgliede der Kreismedizinalausschüsse für Oberfranken.

In den Ruhestand getreten: Bezirksarzt Dr. Gmehling in Burglengenfeld.

Gestorben: Bezirksarzt a. D. Dr. Füßl in Bad Tölz, Landgerichtsarzt Dr. Miller in Bayreuth, Ober-Med.-Rat Dr. Pürkhauer, Reg.- und Med.-Rat a. D. in Bamberg.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Ober-Medizinalrat: den a. o. Professoren Med.-Rat Dr. Rille, Med.-Rat Dr. Barth und Dr. Kockel in Leipzig.

Gestorben: San.-Rat Dr. Schneider, a. o. Mitglied des Sächsischen Landesgesundheitsrats und Gerichtsassistenzarzt in Zittau.

Königreich Württemberg.

Gestorben: Ober-Med.-Rat Dr. Kreuser, Direktor der Königl. Heil- und Pflegeanstalt in Winnental.

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Geh. Med. Rat Dr. Mittenmeier in Heidelberg und Med.-Rat Dr. Schumacher, Arzt der Kreispflegeanstalt in Jestetten.

Grossherzogtum Hessen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geh. Med.-Rat: dem Prof. Dr. Voit in Gießen.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geh. Med.-Rat: dem Direktor der Landesirrenanstalt Dr. Schäfer in Roda (Altenburg).

Ernannt: Med.-Rat und Kreisarzt Dr. Oßwald zum Regierungs- und Medizinalrat und vortragenden Rat für Medizinalangelegenheiten in Sondershausen.

In den Ruhestand getreten: Geh. Med.-Rat und Kreisarzt Dr. Bayer in Sondershausen und vortragender Rat des Fürstl. Ministeriums in Medizinalangelegenheiten.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Bezirksarztstelle in Burglengenfeld. Bewerbungen sind bei der für den Bewerber zuständigen Königlichen Regierung, Kammer des Innern, einzureichen.

---

31. Jahrg. Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE. 1918.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh Med -Rat in Minden i W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 1.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Jan.

A-Meningokokken als Genickstarreerreger.

Vorläufige Mitteilung von Prof. Dr. med. **Albert Hirschbruch**, Leiter der Kaiserl. bakteriolog. Anstalt für Lothringen, und Reg.-Rat Dr. phil. **Carl Börner**, Mitglied der Kaiserlichen biologischen Anstalt für Land- und Forstwirtschaft.

Am 26. März 1917 lief bei der Untersuchungstelle das von zahlreichen polynukleären Eiterzellen getrübte Lumbalpunktat des am 22. d. M. an klinisch sicherer epidemischer Genickstarre erkrankten D. ein. Aus diesem Punktat wurden in Reinkultur gramnegative, meningokokkenähnliche Diplokokken (Stamm 33) gezüchtet, die sich gegenüber agglutinierenden Meningokokken-Immunseris vom Kaiserlichen Gesundheitsamte und vom Königl. Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" auch bei schwacher Verdünnung (1/25) völlig negativ verhielten. Die im Lazarett am 3. April 1917 vorgenommene mikroskopische Untersuchung eines weiteren Liquors ergab das Vorhandensein gramnegativer intrazellulärer Diplokokken. In diesem Punktat des Kranken wurden in der bakteriologischen Untersuchungstelle züchterisch abermals in Reinkultur nur die eingangs erwähnten meningokokkenartigen Bakterien (Stamm 44) nachgewiesen. Späterhin wurden sie

weder in den nach der Entfieberung des Kranken am 29. Mai und 8. Juni entnommenen Abstrichen aus dem Nasenrachenraum, noch in der am Todestage (16. Juni) sezierten Leiche aufgefunden. Diplokokken vom Weichselbaumschen Meningokokkentypus wurden weder in den Punktionsflüssigkeiten des Kranken, noch im Gehirn des Toten festgestellt, dort auch keine Tuberkelbazillen oder tuberkulöse Krankheitsherde. Als Erreger dieser mit Hydrocephalus tödlich verlaufenen epidemischen Genickstarre kommen demnach nur die eingangs erwähnten atypischen Meningokokken in Frage. Diese unterscheiden wir als A-Meningokokken vom Weichselbaumschen Typus.

Wir geben zunächst Angaben über den Krankheitsverlauf und einen Auszug aus dem Sektionsprotokoll, für das wir Herrn Stabsarzt Prof. Dr. H. Merkel-München ebenso wie für die übrigen hier verwerteten anderen Sektionsprotokolle zu großem Danke verpflichtet sind.

Genickstarrefall F. D., 19 Jahre alt. Diensteintritt 22. November 1916. Klinische Diagnose: Epidemische Genickstarre. Erkrankte am 22. März 1917 plötzlich unter Schüttelfrost, sehr starken Kopfschmerzen, Mattigkeitsgefühl in den Gliedern, Durchfall und Erbrechen. Sofort ins Lazarett aufgenommen. Bei der Aufnahme geringe Nackensteifigkeit, Kernig negativ. Am 23. März Temperatur 39,6; das Fieber stieg im Verlauf der Krankheit mehrfach bis zu 40 und hatte wenige Male starke Tagesremissionen. Am 21. April entfiebert; von dann ab tägliche Temperaturschwankungen zwischen 36 und 37 mit vereinzelten kleinen Zacken bis 37,4. Am Abend des Aufnahmetages ließ Patient unter sich und war vorübergehend benommen. Pupillenreaktion normal. Kniereflexe beiderseits äußerst lebhaft; rechts Fußklonus; Achillessehnenreflexe beiderseits lebhaft. Keine Ataxie. Hautreflexe normal. Bei Temperatur 39,6 90 Pulsschläge. Urin enthält Eiweiß. Die Darmerscheinungen besserten sich rasch, das Erbrechen wiederholte sich nicht mehr. Am 25. März klagte D. über Doppelsehen und Schmerzen in den Kniegelenken mit Erguß beiderseits ohne Rötung. Am 26. März hatte die Steifigkeit der Nacken- und Rückenmuskulatur zugenommen; Patient hatte in der Nacht vorher stark phantasiert. 26. März: Sensorium nur wenig getrübt. Nervenbefund: Strabismus convergens des rechten Auges und Doppelsehen. Hochgradige Nackensteifigkeit, Opisthotonus; Kernig ++. Babinski, Oppenheim und Rossolimo negativ. Patellarreflexe gesteigert. Starkes Nachröten der Haut. Druckpuls 60 bei Temperatur 39,8. Es wurde durch Eiterzellen stark getrübtes Lumbalpunktat entnommen, aus dem wir Stamm 33 gezüchtet haben. Zu therapeutischem Zweck wurden ferner am 27. März 30 ccm stark trüben und am 30. März 50 ccm weniger getrübten Liquors abgelassen und jedesmal 20 ccm Meningokokkenserum intralumbal injiziert. Darauf erfolgte eine Besserung des allgemeinen Befindens bei bestehen bleibender, etwas verringerter Nackensteifigkeit; Kopf ohne Schmerz etwas beweglich. Kernig beiderseits stark plus, Rossolimo plus. Am 3. April wurde starke Entzündung des Sehnervs und Schwellung der Sehpupillen festgestellt. Ausgedehnte großfleckige Hautrötung an Rumpf und Extremitäten. Rechtes Auge geschwollen. Allenthalben stark juckende Quaddeln. Lumbalpunktion ergab 270 mm Druck; nach Ablassen von 30 ccm getrübten Liquors war der Enddruck auf 130 mm gesunken. Dieser Liquor enthielt im direkten Ausstrich meist polynukleäre Eiterzellen und dazwischen wenig zahlreiche Lymphozyten. Im Lazarett wurden außer grampositiven Kokken gramnegative intrazelluläre Diplokokken in typischer Anordnung festgestellt. Wir züchteten in Reinkultur unseren mit Stamm 33 identischen A-Stamm 44. Das Fieber hielt bis zur Höhe von 40 bis zum 9. April an. Die Pulszahl hatte sich seit dem 3. April gehoben und entsprach von dann ab dem Fieber, das

vom 9.—16. April lytisch abfiel und nur vorübergehend am 17. und 18. April eine kleine Zacke bis 38 zeigte. Am 24. April ist die Nackensteifigkeit nur noch gering, Kernig ebenfalls; Stauungspupille und Schielstellung des rechten Auges waren zurückgegangen. Am 14. Mai wurde D. als Rekonvaleszent in ein anderes Lazarett verlegt. Mehrfache Untersuchungen des Rachenabstriches ergaben keine Meningokokken, Temperatur und Puls waren normal. Die Blutuntersuchung am 6. Juni 1917 gab auch in $^1/_{10}$ Verdünnung weder mit Weichselbaumschen Meningokokken noch mit dem A-Stamm 33 Agglutination. Alle Reflexe waren noch am 1. Juni erhöht. Nachdem D. einige Tage bettlägerig gewesen war, wurde er in der Nacht vom 15. zum 16. Juni sehr unruhig und klagte über lebhafte Kopfschmerzen. Die Beweglicheit der Halswirbelsäule war etwas beschränkt und schmerzhaft. Kernig, beiderseits angedeutet. Puls etwas beschleunigt (92) bei normaler Temperatur (36,4). Nachts 2 Uhr 30 Min. plötzliches einmaliges Auswerfen von blutig-zähem Schleim. Exitus.

Leichendiagnose: Riesiger Hydrocephalus internus (nach epidemischer Genickstarre) mit hochgradiger Abplattung der Gehirnoberfläche. Ohne erkennbare Residuen von Exsudat-Hyperaemie und Oedem der Lungen. Umschriebener Tuberkel-Herd in der Spitze des rechten Lungenlappens (relativ frisch) mit frischer Miliartuberkulose der Pleura und miliarer Tuberkeleruption im umgebenden Lungengewebe. Haemorrhagisch-pneumonische Herde im linken unteren Lungenlappen. Stärkere Verfettungen der Brustschlagader, der Kranz- und Halsgefäße. Tuberkelknötchen in der Milz. Akute Stauungshyperämie der Leber mit dissemin. miliaren und submiliaren Tuberkelknötchen. Stauungshyperämie der Nieren mit vereinzelten käsigen und miliaren Rindenknötchen. — Katharrh. Cystitis. Hyperplasie des lymphatischen Rachenringes. Anämie der äußeren Bedeckungen.

Todesursache: Gehirnlähmung bei Hydrocephalus internus.

Aus der Umgebung des erkrankten D. sind 17 Mann auf Genickstarrebakterien untersucht worden. Die Abstriche vom Nasenrachenraum wurden in der bakteriologischen Untersuchungsstelle von uns entnommen und sofort auf vorbereiteten und und vorgewärmte Aszitesagarplatten ausgestrichen. Bei 3 Mann wurden auf diese Weise „inagglutinable Meningokokken" (Stämme 36, 37, 38) aufgefunden, die wie die Stämme 33 und 44 vom Kranken D. durch die Meningokokken-Immunsera des Gesundheitsamtes und des Instituts für Infektionskrankheiten nicht beeinflußt wurden. Wie sie sich dem später von uns mit Stamm 33 hergestellten Kaninchen-Immunserum gegenüber verhalten hätten, konnte leider nicht geprüft werden, da sie schon vorher eingegangen waren. Echte Weichselbaumsche, d. h. agglutinable Meningokokken, fanden sich bei keiner Person aus der Umgebung des Genickstarrekranken D. Es liegt jedenfalls nahe, die bei der Umgebungsuntersuchung gezüchteten Stämme 36—38 wegen ihres epidemiologischen Zusammenhangs mit dem Erreger der D.schen Meningitis zu identifizieren.

Im Anschluß an diesen ätiologisch geklärten Genickstarrefall D. schildern wir zunächst fünf weitere unserer Meinung nach mit A-Meningokokken in Verbindung zu bringende Genickstarrefälle aus dem Untersuchungsbereich der hiesigen bakteriologischen Untersuchungsstelle. In einem dieser Fälle (G) glückte die Züchtung eines „inagglutinablen" Meningococcus (Stamm 45) aus dem Lumbalpunktat des Kranken, in den übrigen Fällen deuten nur die bei den zugehörigen Umgebungsuntersuchungen aufgefundenen inagglutinablen Meningokokkenstämme, von denen

die Nummern 24 und 40 mit Stamm 33 des Verstorbenen D. serologisch als identisch erkannt sind, auf ihren möglichen Zusammenhang mit A-Meningokokken hin.

Genickstarrefall G.

Klinische Diagnose: Genickstarre. G. erkrankte plötzlich mit Fieber, Kopfschmerzen, Erbrechen und ausgesprochener Nackenstarre am 18. April 1917. Am 20. April ins Lazarett überführt. Bei der Aufnahme 39° bei 74 Pulsen, Bewußtsein klar. Kernig positiv. Lumbalpunktion ergab Drucksteigerung auf 350 mm, nach Ablassen von 33 ccm Liquor war der Enddruck 140 mm. Liquor enthält im direkten Ausstrich polynukleäre Leukozyten, in der Kultur gramnegative inagglutinable Meningokokken (Stamm 45).

Am 2. Mai 1917 wurden im Lazarett in neugewonnenem Liquor neben Lymphozyten ausschließlich gramnegative Kokken, die z. T. als Diplokokken angeordnet waren, aber extrazellulär lagen, gefunden. Am 26. Mai: Klinischer Befund fast normal.

Am 6. Juni 1917 Verschlechterung des Befindens mit Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit und Erbrechen. Die Kopfschmerzen steigerten sich bis zum 23. Juni dermaßen, daß der Patient laut schrie. An diesem Tage Lumbalpunktion, wobei der Druck 520 mm Steigrohrhöhe übersteigt; nach Ablassen von 28 ccm opaleszierenden Liquors Enddruck 140 mm. Darauf trat im Befinden des Kranken Besserung ein. Unter wechselndem Fieber schwankte auch das subjektive Befinden und der objektive Zustand des Kranken. Bei nochmaliger Punktion am 12. Juli wegen heftiger Kopfschmerzen wurde der Druck als nur wenig vermehrt festgestellt; 5 ccm fast klaren Liquors wurden abgelassen, ohne daß Erleichterung eintrat. Exitus am 23. August 1917.

Leichendiagnose: Hydrocephalus internus (nach Meningitis cerebrospinalis), mit hochgradiger Abplattung der Gehirnwindungen und Vorwölbung des Balkens mit Exsudatresten über dem Pons und der Basis des Kleinhirns. Hydrocephalus externus. Hochgradig atrophisches schlaffes Herz (190 g) mit Degeneration des Herzmuskels.

Todesursache: Hirndrucklähmung. Grundleiden Meningitis cerebrospinalis.

Dieser Fall ist in seinem chronischen Verlauf sowohl, wie in der Aehnlichkeit des Befundes bei der Leichenöffnung mit dem Fall D. so weitgehend übereinstimmend, daß wir uns berechtigt glauben, die bei Lebzeiten aus dem Lumbalpunktat des Kranken gezüchteten inagglutinablen Meningokokken (Stamm 45) nicht als inagglutinable Weichselbaum-, sondern als A-Meningokokken anzusprechen. Bei den zugehörigen Umgebungsuntersuchungen wurden keinerlei Meningokokken beobachtet.

Genickstarrefall L. E.

Klinische Diagnose: Mandelentzündung, Katarrh des r. u. Lungenlappens (abgelaufene Pneumonie), Entzündung der Hirn- und Rückenmarkshäute.

Am 5. Februar 1917 war E. während des Unterrichts umgefallen. Bei der Lazarettaufnahme am gleichen Tage 38°, etwas Lungenerscheinungen und geringes Reiben des Brustfells r. h., und Leib etwas eingezogen. An beiden Beinen und Unterarmen masernähnliche Flecken. Urin eiweiß- und zuckerfrei. Am 6. Februar fieberfrei, subjektives Wohlbefinden, Flecken verschwunden. In der Nacht zum 7. Februar 1917 erwachte E. um 1 Uhr mit starken Kopfschmerzen und Erbrechen. Ohne Schüttelfrost Temperaturanstieg auf 38,6 bei 68 Pulsen. Beim Aufsetzen Steifigkeit der Rücken- und Nackenmuskulatur. Leib stark eingezogen, Kernig positiv, leichte Benommenheit. Am Morgen des 7. Februar 1917 bei 37,7° und 62 Pulsen vollkommene Nackensteifigkeit, Kernig stark positiv, Patellarreflexe lebhaft, Achillessehnenreflexe vorhanden, Babinski negativ, Hautreflexe normal, Processus mastoidei nicht druckempfindlich. Die Gaumenbögen waren gerötet, am Zäpfchenansatz links ein weißlicher linsengroßer Belag. Am 8. Februar 1917 hatte E. bei fortbestehenden

Fieber und Benommenheit dreimal erbrochen. Stuhlverhaltung. Bei der Lumbalpunktion wurden unter etwas erhöhtem Druck 45 ccm leicht getrübten Liquors abgelassen. Im Lazarett wurden in drei Grampräparaten zahlreiche Leukozyten, keine Bakterien gefunden. Wir fanden sehr viel polynukleäre Leukozyten und weder im direkten Ausstrich noch kulturell Meningokokken, auch keine Tuberkeln. Am 9. Februar 1917 Kopfschmerzen geringer; aber noch mehrfach Erbrechen. Bronchitis des r. u. Lappens. Patellar-, Achillessehnen- und Hautreflexe sehr lebhaft, Hyperaesthesie der Haut. Fieber nur mehr gering. Am 10. Februar 1917 Entzündung der Gaumenbögen und des harten Gaumens. Kopfbeweglichkeit nach vorn erheblich gebessert. Kernig noch positiv. Vom 10. Februar ab kein Fieber, vom 14. Febrar ab auch keine Nackensteifigkeit mehr. Kernig negativ, Reflexe normal. Bei drei Untersuchungen von Rachenabstrichen während der Rekonvaleszenz keine Meningokokken gefunden. Das Blut gab am 1. März 1917 keine Meningokokkenwidal. Am 6. März dienstfähig entlassen.

Bei demselben Truppenteil ereignete sich 5 Tage später:

Genickstarrefall K. Sch., 18½ Jahre alt, Diensteintritt am 18. Januar 1917.

Klinische Diagnose: Hirnhautentzündung. Sch. erkrankte in der Nacht zum 11. Februar 1917 mit Kopfschmerz, Erbrechen, Mattigkeit und Fieber von 39,3°. Er wird noch in derselben Nacht mit der Diagnose Genickstarreverdacht ins Lazarett aufgenommen. Morgens Temperatur 39,1° bei 70—80 Pulsen. Apathisch, starke Genick-, aber keine Kopfschmerzen, Kopf schlecht beweglich, Rachenring stark gerötet, Herpes labialis, Leib eingezogen und starke Hyperaesthesie der Bauchdecken. Patellarreflexe beiderseits gesteigert. Achillessehnenreflexe normal, Kernig stark positiv, ausgeprägte Nackensteifigkeit. Bis zum 20. März 1917 hält ein unregelmäßig intermittierendes Fieber an. Pulsfrequenz entspricht erst vom 1. April 1917 ab der Temperatur des Körpers. Im Lumbalpunktat vom 12., 14. und 21. Februar 1917 mikroskopisch viele polynukleäre Leukozyten, wenig Lymphozyten, keine Bakterien; Liquor steril. Am 16. Februar und 19. Februar 1917 in Abstrichen aus dem Nasenrachenraum keine Meningokokken. Am 28. Februar wurden in einem erneuten Abstrich als Meningokokken herausgegebene gramnegativen Diplokokken (Stamm 28) gefunden, die sich in der Agglutination atypisch verhielten. Halsabstrich vom 28. März 1917 enthielt keine Meningokokken, dagegen wurden am 2. April 1917 abermals gramnegative Diplokokken (Stamm 43) gefunden, die sich nur durch mangelnde Agglutination von echten Meningokokken unterschieden und mit den am 28. Februar 1917 gefundenen offenbar identisch waren. Diesmal hatten wir Bedenken, sie als Meningokokken zu bezeichnen; unsere Diagnose lautete „negativ". Drei weitere Untersuchungen von Halsabstrichen waren negativ. Am 26. Juli 1917 wurde Sch. geheilt entlassen.

Die beiden Fälle E. und Sch. gehören epidemiologisch zusammen und sind beide klinisch sichere Fälle von Meningitis epidemica gewesen. Der nicht gelungene Nachweis von Erregern bei der Untersuchung mehrerer Lumbalpunktate deutet an sich schon auf Infektion durch hinfällige Bakterien hin, wie es die Meningokokken sind. Es kann wohl kaum einem Zweifel unterliegen, daß die bei Sch. zweimal aus dem Nasenrachenraum gezüchteten inagglutinablen Meningokokken auch die Erreger seiner Krankheit waren. Wir haben damals zwar nicht mehr feststellen können, ob diese inagglutinable Weichselbaumsche oder ob sie A-Meningokokken waren. Bei der Ausführung von Umgebungsuntersuchungen zu den Fällen E. und Sch., die demselben engeren Truppenverbande angehörten, fanden sich aber unter 161 Leuten neunmal inagglutinable Meningokokken, von denen ein Stamm (24) später serologisch mit unserem A-Meningokokkenstamm 33 identifiziert worden ist, während Meningokokken vom Typus Weichselbaum

nicht aufgefunden wurden. Wir halten uns daher zur Annahme berechtigt, sowohl die zweimal beim Kranken Sch. wie auch die anderen 7 von den Umgebungsuntersuchungen gewonnenen Stämme als A-Meningokokken zu deuten und die Krankheit bei Sch. wie auch bei E. auf diesen Erreger zurückzuführen.

Genickstarrefall T. W.

Klinische Diagnose: Meningitis cerebrospinalis. Aufgenommen 28. März 1917 völlig bewußtlos. Nackensteifigkeit. Kernig beiderseits positiv. Babinski schwach positiv. Lumbalpunktion: Druck mäßig erhöht; Liquor stark eitrig getrübt. Exitus 29. März 1917 8 Uhr 30 Min.

Leichendiagnose: Eitrige Leptomeningitis an Konvexität und Basis mit Uebergang auf die weichen Häute des Rückenmarks. Hyperaemie und Oedem der Gehirnsubstanz. Hämorrhagische Encephalitis im Bereich des Streifenhügels, der inneren Kapsel und des Sehhügels. Schlaff dilatiertes Herz. Epikardblutungen. Milchige Trübung des linken Ventr.-Endokards. Hyperämie und Oedem beider Lungen. Herdförmige indurierte kleinknotige Tuberkeln der linken Spitze mit Verkäsung in Kleinapfel-Ausdehnung. Umschriebene schieferige Induration der rechten Spitze in geringerer Ausdehnung. Linksseitige Spitzenverwachsungen. Lungengewebs- und Pleurablutungen. Haselnußgroßer Kalkherd in der rechten Bifurkat-Drüse. Große weiche Milz mit Kapselblutungen. Leichte Bindegewebsvermehrung der Leber mit Hyperämie. Trübe Schwellung der Nierenbeckenschleimhaut mit Blutungen. Beiderseits Hydrocele.

Todesursache: Meningitis.

Mikroskopisch wurden im meningitischen Eiter Eiterkörperchen und grampositive Diplokokken, im Gewebsaft der rechten Tonsille Lymphozyten und grampositive Diplokokken festgestellt: Stauungsniere mit etwas trüber Schwellung. Herzmuskel: keine Verfettung, keine Entzündung. Gehirn: kleines Blutungsherdchen zum Teil ohne, zum Teil mit umschriebener Kernvermehrung. Kein fettiger Zerfall in der Umgebung derselben. Im Lumbalpunktat vom 28. März 1917 wurden weder mikroskopisch noch kulturell Bakterien nachgewiesen. Dagegen waren reichlich Eiterzellen, zumeist polynukleäre vorhanden. Auch aus dem Leichenmaterial konnten am 31. März 1917 (der Tod war am 29. März eingetreten) keine Bakterien gezüchtet werden, die als Erreger der Meningitis hätten in Frage kommen können, sondern lediglich Fäulnisbakterien.

Bei dem Befunde der Prosektur kann es sich kaum um Streptokokken gehandelt haben, da ihre Züchtung hätte gelingen müssen. Bei dem mithin nicht erfolgten Nachweis des Erregers der tödlich verlaufenen anatomischen Meningitis und der sicheren klinischen Diagnose bleibt Raum für die Annahme, daß auch hier ein sehr hinfälliger Ansteckungserreger in Betracht kommt. Diese Annahme wird durch das Ergebnis der Umgebungsuntersuchungen gestützt. Von 6 Personen, bei denen Abstriche aus dem Nasenrachenraum in der Anstalt entnommen wurden, hatten 3 inagglutinable Meningokokken. Nun hatten wir mit Rücksicht auf gewisse Literaturangaben über inagglutinable Meningokokken und wegen des epidemiologischen Zusammenhangs mit dem klinisch sicheren Fall W. von Cerebrospinalmeningitis die beiden ersten am 30. März d. J. aufgefundenen Stämme 39 und 40 als Weichselbaumsche Meningokokken angesehen und das Lazarett dementsprechend benachrichtigt. Den dritten Stamm (41) aus dieser Umgebungsuntersuchung züchteten wir am 3. April 1917. Die dabei erfolgte Nachuntersuchung der Stämme 39 und 40 und des weiteren die Auffindung eines mit Stamm 39 gleichen Stammes 48

bei demselben Menschen brachten uns dann die Gewißheit, daß es sich in keinem dieser Fälle um den Weichselbaumschen Typus gehandelt hat. Leider starben die Stämme 39, 48 und 41 plötzlich ab, ehe ihr serologisches Verhalten gegenüber unserem A-Meningokokken-Immunserum geprüft werden konnte. Der bis heute in Kultur befindliche Stamm 40 erwies sich aber auch serologisch einwandfrei als identisch mit unserem aus dem Liquor des Genickstarrekranken D. zweimal in Reinkultur gezüchteten A-Meningococcus. Wir neigen deshalb der Ansicht zu, daß als Erreger der Cerebrospinalmeningitis auch des Verstorbenen W. ein A-Meningococcus in Betracht zu ziehen ist.

Genickstarrefall P. M.

Klinische Diagnose: Eitrige Entzündung der Hirn- und Rückenmarkshäute.

Erkrankt: angeblich am 28. April an Kopfschmerzen und Erbrechen. Lazarettaufnahme: 3. Mai 1917. Patient klagt über Kopfschmerzen. Ausgesprochene Nackensteifigkeit. Kernig beiderseits plus, Babinski, Oppenheim negativ. Brust und Lendenwirbelsäule druckempfindlich. 4. Mai: Nackensteifigkeit gering. Kernig schwach positiv. Rachenabstrich: keine Meningokokken, aber Reinkultur Fränkelscher Diplokokken. 5. Mai: Im Lumbalpunktat intrazelluläre gelagerte, gramnegative, semmelförmige Diplokokken, reichlich polynukleäre Leukozyten. 7. Mai: Wirbelsäule völlig steif. Kernig stark positiv. 8. Mai an Streck- und Beugeseite des linken Unterarms und am rechten Unterarm blaßrote, oedematöse, druckempfindliche Flecken. 9. Mai bei Lumbalpunktion entleerten sich 2 ccm dicker Eiter. Urin: Eiweiß positiv, im Sediment Leukozyten und hyaline Zylinder. 10. Mai: 7 Uhr 30 Min. morgens Exitus.

Leichendiagnose: Leiche im Zustande hochgradiger Fäulnis. Ger. eitrige Leptomeningitis an der Basis des Gehirns (in Rückgang begriffen?). Hydrocephalus mit Hyperämie und Oedem der Gehirnsubstanz. Schlaff dilatiertes Herz, Hydroperikard, hypostat. Pneumonie in beiden unteren Lungen mit beiderseitiger trockener fibrinöser Pleuritis. Weicher Milztumor, Fettleber. Fortgeschrittene Fäulnis der Nieren. Gastrektasie, chron. Gastritis, Ascaris.

Mikroskopisch wurden grampositive Diplokokken festgestellt.

Todesursache: Meningitis.

Die Züchtung der oben erwähnten gramnegativen Diplokokken aus dem frischen Lumbalpunktat ist nicht gelungen, was bei der außerordentlichen Hinfälligkeit unserer A-Meningokokken nicht auffällig ist. Die Leiche befand sich, wie oben angegeben, im Zustande so hochgradiger Fäulnis, daß diese gramnegativen Diplokokken aus dem Gehirneiter weder kulturell noch mikroskopisch mehr nachweisbar waren. Zu diesem Falle M. sind von 10 Personen der Umgebung Abstriche aus dem Nasenrachenraum in der Anstalt verarbeitet worden. Dabei wurden einmal inagglutinable Diplokokken (Stamm 49) gefunden, die im übrigen Verhalten mit dem Weichselbaumschen Diplococcus übereinstimmten, serologisch aber gegenüber dem Immunserum des Stammes 33 infolge vorzeitigen Absterbens nicht mehr geprüft werden konnten. Es erscheint nicht ausgeschlossen, daß solcher Art auch die oben erwähnten intrazellulären Diplokokken aus dem Lumbalpunktat des kranken M. gewesen sind.

Das im vorstehenden von uns besprochene Beobachtungsmaterial umfaßt, wie wir rückblickend nochmals bemerken, 2 geheilte und 4 tödlich verlaufene sporadische Fälle epidemischer

Genickstarre. In einem Falle konnte als Erreger unser A-Meningokokkenstamm 33 nachgewiesen, in einem weiteren Falle der Stamm 45 aus dem Lumbalpunktat gezüchtet werden; für die beiden geheilten Fälle E. und Sch. wurden A-Meningokokken (Stämme 28 und 43) als Erreger wahrscheinlich gemacht. Bei den zu diesen 6 Fällen insgesamt ausgeführten 203 Umgebungsuntersuchungen wurden 2 sichere A-Meningokokkenstämme und 15 weitere wahrscheinlich als A-Meningokokken aufzufassende Stämme aufgefunden. Weichselbaumsche Meningokokken wurden bei keinem der untersuchten Personen gefunden.

Die nahe Verwandschaft unserer „inagglutinablen" Meningokokkenstämme mit dem Weichselbaumschen „agglutinablen" Meningococcus ist aus der großen Uebereinstimmung zu schließen, die beide im morphologischen, färberischen und kulturellen Verhalten zeigen. Wie beim Vergleich verschiedener Weichselbaumscher Stämme beobachteten wir eine gewisse Ungleichheit in der Fähigkeit der Säurebildung insbesondere auf Maltosagar (siehe Uebersicht 1) auch bei den inagglutinablen Stämmen.

Uebersicht 1.

Verhalten von echten und A-Meningokokken auf Zuckeragar bei 37°.

(+ bedeutet Säurebildung, — fehlende Säure bezw. Alkalibildung.)

	Laevulose nach:				Dextrose nach:				Maltose nach:			
	16	24	40	64	16	24	40	64	16	24	40	64
	Stunden				Stunden				Stunden			
Meningococcus Weichselbaum	—	—	—	—	—	±	±	+	+	+	+	+
A-Stamm 33	—		—	—	-	±	±	+	—	—	+	+
„ 24	—	—	—	—	+	+	+	++	—	+	++	+
„ 40	—	—	—	—	+	+	+	++	—	+	++	++

Uebersicht 2.

Agglutination echter und A-Meningokokken im Serum eines mit dem Stamm 33 immunisierten Kaninchens bei 37°.

(+ positive, —negative Agglutination.)

Verdünnung	1/5	1/10	1/20	1/40	1/80	1/160	1/320	
Meningococcus Weichselbaum	—	—	—	—	—	—	—	nach 2 Stunden
A-Stamm 33	+++	+++	+++	++	+	±	—	
„ 24	+++	+++	+++	++	+	±	—	
„ 40	+++	+++	+++	++	+	±	—	
Meningococcus Weichselbaum	—	—	—	—	—	—	—	nach 24 Stunden
A-Stamm 33	+++	+++	+++	+++	++	+	—	
„ 24	+++	+++	+++	+++	++	+	—	
„ 40	+++	+++	+++	+++	++	+		

Uebersicht 3.

Agglutination echter u. A-Meningokokken in Meningokokken-Eselimmunserum des Gesundheitsamtes bei 37°.

Verdünnung	1/5	1/10	1/20	1/100	1/200	1/400	1/800	1/1600	1/3200	1/6400	
Meningococcus Weichselbaum	+++	+++	+++	++	+	+	+	—	—	—	nach 2 Stunden
A-Stamm 33	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
„ 24	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
„ 40	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

Verdünnung	1/5	1/10	1/20	1/100	1/200	1/400	1/800	1/1600	1/3200	1/6400	
Meningococcus Weichselbaum	+++	+++	+++	++	+	+	+	±	±	—	nach 24 Stunden
A-Stamm 33	+	+	±	—	—	—	—	—	—	—	
„ 24	+	+	±	—	—	—	—	—	—	—	
„ 40	+	+	±	—	—	—	—	—	—	—	

Uebersicht 4.

Agglutininbindung im Kaninchen-Immunserum des A-Stammes 33.

Absättigung während 14 Stunden bei 37° in 1/5 Serumverdünnung bis zu negativer Kontrolle.
Agglutination (+ bezw. —) abgelesen nach 1 Stunde bei 37°.
Titer des unabgesättigten Serums für die A-Stämme 1 : 80.

Agglutinationsprüfung für:

Absättigung durch	A-Stamm 33	A-Stamm 24	A-Stamm 40	Meningococcus Weichselbaum
Meningococcus Weichselbaum	1/80 +	1/80 ±	1/80 +	1/5 —
A-Stamm 33	1/5 —	1/10 —	1/10 —	1/5 —
„ 24	1/10 —	1/5 —	1/10 —	1/5 —

Uebersicht 5.

Agglutininbindung im Meningokokken-Eselserum des Gesundheitsamtes.

Absättigung und Ablesen der Agglutination wie in der vorstehenden Tabelle.
Titer des unabgesättigten Serums für Meningoc. Weichselbaum 1/500.

Agglutinationsprüfung für

Absättigung durch	A-Stamm 33	A-Stamm 24	A-Stamm 24	Meningococcus Weichselbaum
Meningococcus Weichselbaum	1/5 —	1/5 —	1/5 —	1/5 —
A-Stamm 33	1/5 —	1/5 —	1/5 —	1/500 +
„ 24	1/5 —	1/5 —	1/5 —	1/500 +

Uebersicht 6.

Komplementbindung mit Weichselbaumschen und A-Meningokokken (Stamm 33) in Seris für beide Kokkenarten.

Kontrollen negativ. Bindung 1 Stunde bei 37°. Nach der Bindung Zusatz des Gemisches von Hammelblut mit Ambozeptor in der 4fachlösenden Menge; dann abgelesen nach 1/2—3/4 Stunden Aufenthalt bei 37°.

Serum 0,01 ccm in 0,5 ccm Aq. phys. plus 0,5 ccm Komplement 1 : 10	Bakterien in 0,5 Aq. phys.	Hemmung (+)
Meningokokken Esel-Immunserum Gesundheitsamt vom Agglut.-Titer 800	Weichselbaum-Mening. 1/4 Oese	+
	Weichselbaum-Mening. 1/10 Oese	+
„	A-Mening. (St. 33) 1/4 Oese	—
„	„ „ 1/10 „	—
Kaninchenimmunserum, hergestellt mit Stamm 33. Agglut.-Titer 200	Weichselbaum-Mening. 1/2 Oese	—
„	Weichselbaum-Mening. 1/4 Oese	—
„	A-Mening. (St. 33) 1/2 Oese	+
„	A-Mening. (St. 33) 1/4 Oese	±

Genickstarre. In einem Falle konnte als Erreger unser A-Meningokokkenstamm 33 nachgewiesen, in einem weiteren Falle der Stamm 45 aus dem Lumbalpunktat gezüchtet werden; für die beiden geheilten Fälle E. und Sch. wurden A-Meningokokken (Stämme 28 und 43) als Erreger wahrscheinlich gemacht. Bei den zu diesen 6 Fällen insgesamt ausgeführten 203 Umgebungsuntersuchungen wurden 2 sichere A-Meningokokkenstämme und 15 weitere wahrscheinlich als A-Meningokokken aufzufassende Stämme aufgefunden. Weichselbaumsche Meningokokken wurden bei keinem der untersuchten Personen gefunden.

Die nahe Verwandschaft unserer „inagglutinablen" Meningokokkenstämme mit dem Weichselbaumschen „agglutinablen" Meningococcus ist aus der großen Uebereinstimmung zu schließen, die beide im morphologischen, färberischen und kulturellen Verhalten zeigen. Wie beim Vergleich verschiedener Weichselbaumscher Stämme beobachteten wir eine gewisse Ungleichheit in der Fähigkeit der Säurebildung insbesondere auf Maltosagar (siehe Uebersicht 1) auch bei den inagglutinablen Stämmen.

Uebersicht 1.

Verhalten von echten und A-Meningokokken auf Zuckeragar bei 37°.

(+ bedeutet Säurebildung, — fehlende Säure bezw. Alkalibildung.)

	Laevulose nach:				Dextrose nach:				Maltose nach:			
	16	24	40	64	16	24	40	64	16	24	40	64
	Stunden				Stunden				Stunden			
Meningococcus Weichselbaum	—	—	—	—	—	±	±	+	+	+	+	+
A-Stamm 33	—		—	—	-	±	±	+	—	—	+	+
„ 24	—	—	—	—	+	+	+	++	—	+	++	+
„ 40	—	—	—	—	+	+	+	++	—	+	++	++

Uebersicht 2.

Agglutination echter und A-Meningokokken im Serum eines mit dem Stamm 33 immunisierten Kaninchens bei 37°.

(+ positive, —negative Agglutination.)

Verdünnung	1/5	1/10	1/20	1/40	1/80	1/160	1/320	
Meningococcus Weichselbaum	—	—	—	—	—	—	—	nach 2 Stunden
A-Stamm 33	+++	+++	+++	++	+	±	—	
„ 24	+++	+++	+++	++	+	±	—	
„ 40	+++	+++	+++	++	+	±	—	
Meningococcus Weichselbaum	—	—	—	—	—	—	—	nach 24 Stunden
A-Stamm 33	+++	+++	+++	+++	++	+	—	
„ 24	+++	+++	+++	+++	++	+	—	
„ 40	+++	+++	+++	+++	++	+	—	

Uebersicht 3.

Agglutination echter u. A-Meningokokken in Meningokokken-Eselimmunserum des Gesundheitsamtes bei 37°.

Verdünnung	1/5	1/10	1/20	1/100	1/200	1/400	1/800	1/1600	1/3200	1/6400	
Meningococcus Weichselbaum	+++	+++	+++	++	+	+	+	—	—	—	nach 2 Stunden
A-Stamm 33	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
„ 24	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
„ 40	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

Verdünnung	1/5	1/10	1/20	1/100	1/200	1/400	1/800	1/1600	1/3200	1/6400	
Meningococcus Weichselbaum	+++	+++	+++	++	+	+	+	±	±	—	nach 24 Stunden
A-Stamm 33	+	+	±	—	—	—	—	—	—	—	
„ 24	+	+	±	—	—	—	—	—	—	—	
„ 40	+	+	±	—	—	—	—	—	—	—	

Uebersicht 4.

Agglutininbindung im Kaninchen-Immunserum des A-Stammes 33.

Absättigung während 14 Stunden bei 37° in 1/5 Serumverdünnung bis zu negativer Kontrolle.
Agglutination (+ bezw. —) abgelesen nach 1 Stunde bei 37°.
Titer des unabgesättigten Serums für die A-Stämme 1 : 80.

Agglutinationsprüfung für:

Absättigung durch	A-Stamm 33	A-Stamm 24	A-Stamm 40	Meningococcus Weichselbaum
Meningococcus Weichselbaum	1/80 +	1/80 ±	1/80 +	1/5 —
A-Stamm 33	1/5 —	1/10 —	1/10 —	1/5 —
„ 24	1/10 —	1/5 —	1/10 —	1/5 —

Uebersicht 5.

Agglutininbindung im Meningokokken-Eselserum des Gesundheitsamtes.

Absättigung und Ablesen der Agglutination wie in der vorstehenden Tabelle.
Titer des unabgesättigten Serums für Meningoc. Weichselbaum 1/500.

Agglutinationsprüfung für

Absättigung durch	A-Stamm 33	A-Stamm 24	A-Stamm 24	Meningococcus Weichselbaum
Meningococcus Weichselbaum	1/5 —	1/5 —	1/5 —	1/5 —
A-Stamm 33	1/5 —	1/5 —	1/5 —	1/500 +
„ 24	1/5 —	1/5 —	1/5 —	1/500 +

Uebersicht 6.

Komplementbindung mit Weichselbaumschen und A-Meningokokken (Stamm 33) in Seris für beide Kokkenarten.

Kontrollen negativ. Bindung 1 Stunde bei 37°. Nach der Bindung Zusatz des Gemisches von Hammelblut mit Ambozeptor in der 4fachlösenden Menge; dann abgelesen nach 1/2—3/4 Stunden Aufenthalt bei 37°.

Serum 0,01 ccm in 0,5 ccm Aq. phys. plus 0,5 ccm Komplement 1 : 10	Bakterien in 0,5 Aq. phys.	Hemmung (+)
Meningokokken Esel-Immunserum Gesundheitsamt vom Agglut.-Titer 800	Weichselbaum-Mening. 1/4 Oese	+
	Weichselbaum-Mening. 1/10 Oese	+
„	A-Mening. (St. 33) 1/4 Oese	—
„	„ „ 1/10 „	—
Kaninchenimmunserum, hergestellt mit Stamm 33. Agglut.-Titer 200	Weichselbaum-Mening. 1/2 Oese	—
„	Weichselbaum-Mening. 1/4 Oese	—
„	A-Mening. (St. 33) 1/2 Oese	+
„	A-Mening. (St. 33) 1/4 Oese	±

Eine schon bei der 2. oder 3. Abimpfung leichte Züchtbarkeit der Stämme auf gewöhnlichem Nähragar gilt zwar für Weichselbaumsche Meningokokken als seltenere Ausnahme; ihre weitere Kultur war indessen auch bei unseren inagglutinablen Stämmen bei ausschließlicher Verwendung von Nähragar höchst unsicher. Auf ihm sowohl, wie auf Aszitesagar waren sie im allgemeinen bei 37° sehr kurzlebig und meist schon nach 2 Tagen abgestorben.

Serologisch verhält sich der Stamm 33 des Genickstarrekranken D. und gleichsinnig mit ihm die aus Rachenabstrichen Gesunder gewonnenen Stämme 24 und 40 derart selbständig, daß es berechtigt erscheint, sie vom Weichselbaumschen Diplococcus meningitidis intracellularis als Diplococcus meningitidis A zu unterscheiden. Aus den beigefügten Uebersichten entnehmen wir folgende Hauptpunkte:

1. Agglutinierendes Meningokokkenserum (Gesundheitsamt und Institut für Infektionskrankheiten) ist auch bei schwacher Verdünnung unwirksam gegenüber unseren A-Stämmen.

1. Umgekehrt agglutiniert Serum des A-Stammes 33 auch bei schwacher Verdünnung den Weichselbaumschen Diplococcus nicht.

3. Aus dem Meningokokkenserum des Gesundheitsamtes nehmen A-Stämme die den Weichselbaumschen Diplococcus beeinflussenden Agglutinine nicht heraus.

4. Entsprechend behält Serum des A-Stammes 33 nach Absättigung durch Weichselbaumsche Diplokokken Agglutinationsfähigkeit in Titerhöhe für A-Stämme.

5. Im Meningokokkenserum vom Gesundheitsamt findet bei geeigneter Verdünnung vollständige Komplementbindung durch den Weichselbaumschen Diplococcus, keine durch den A-Stamm 33 statt.

6. Umgekehrt wird im Serum des A-Stammes 33 bei geeigneter Verdünnung das Komplement durch den A-Stamm 33, nicht durch den Weichselbaumschen Diplococcus abgesättigt.

(Schluß folgt.)

Zur Paulschen Pockendiagnose.

Von Kreisarzt Dr. **Klaholt**, Darkehmen, z. Z. Tilsit.

In den Veröffentlichungen des letzten Jahres über die Diagnose der Pocken wird vielfach auf das Verfahren nach Paul hingewiesen und behauptet, daß bei positivem Ausfall des nach den Vorschriften von Paul angestellten Tierversuches die Diagnose Pocken gesichert sei.[1]) Es wird daher vielleicht von Interesse sein, hier zwei Fälle mitzuteilen, bei denen der

---

[1]) Die experimentelle Pockendiagnose nach Paul. — Sammelreferat von Kreisarzt. Dr. Wolf-Hanau. Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1917, Nr. 21. Ferner Erlaß des Herrn Ministers des Inn. vom 20. XII. 1916. M XI 686.

Paulsche Versuch positiv ausfiel, die aber meines Erachtens keine Pockenerkrankungen waren.

Der erste Fall betraf das zehnjährige, im zweiten Lebensjahre mit Erfolg geimpfte Kind eines Gerichtsvollziehers in H. Angelika Sch.(Februar 1917), das mir wegen Pockenverdacht gemeldet wurde. Das Mädchen hatte sich am 24. II. nicht wohl gefühlt; am 25. kam ein Knötchen- resp. Bläschenausschlag, die Temperatur stieg bis auf 38,7. Am Tage der Ermittlung (28. II.) fieberte das Kind nicht mehr; der Bläschenausschlag war ziemlich ausgedehnt, ließ aber schubweises Auftreten erkennen. Auf Grund des ganzen Befundes entschied ich mich für Windpocken. Die von mir am Schluß der Untersuchung nach Vorschrift des Ministerialerlasses vorgenommene Impfung war, wie ich nach sechs Tagen von dem behandelnden Kollegen erfuhr, erfolgreich.

Ich war daher sehr überrascht, als ich vom Institut für Infektionskrankheiten die Mitteilung erhielt, daß der Tierversuch positiv ausgefallen sei. Meine Zweifel wurden noch verstärkt durch die Ermittlungen, die ich noch einmal aufnahm, um die Ansteckungsquellen zu finden. Hatte ich bei der ersten Untersuchung keine Person mit einem ähnlichen Ausschlag ermitteln können, so erfuhr ich jetzt auf eindringliches Befragen, daß im selben Hause ein Kind an Masern krank gewesen sei. Ich untersuchte nun auch dieses, Werner D. (4 Jahre alt, vor zwei Jahren mit Erfolg geimpft), und erfuhr von den Eltern, daß bei ihm etwa fünf Tage bevor die oben erwähnte Angelika Sch. erkrankte, ein geringfügiger Knötchen- und Bläschenausschlag aufgetreten sei, der nach drei Tagen eingetrocknet sei. Von diesem Ausschlag waren an Brust und Rücken noch einige rote Fleckchen zu sehen. Das Kind war nur der Vorsicht halber einen Tag zu Bett gelassen. Angesteckt war es durch ein anderes Kind in der Nachbarschaft, Heins B. ebenfalls 4 Jahre alt und vor zwei Jahren mit Erfofg geimpft. Dieses ist überhaupt nicht bettlägerig gewesen.

Erst später erfuhr ich, daß auf derselben Straße noch andere Kinder einen Bläschenausschlag gehabt hatten, wegen Geringfügigkeit der Krankheitserscheinungen aber keinem Arzt zugeführt worden sind. Weitere pockenverdächtige Fälle wurden nicht gemeldet.

Ich glaube, daß auch dieses eigentümliche Auftreten der Krankheit für Windpocken und gegen Variola resp. Variolois spricht. Hätte es sich um Pocken gehandelt, so müßte es doch als höchst eigentümlich bezeichnet werden, daß nur Kinder von der Seuche befallen wurden, bei denen noch ein wirksamer Impfschutz vorhanden sein mußte, während die Erwachsenen in der großen und geschlossen bebauten Ortschaft völlig verschont blieben. Dabei waren die kranken Kinder nirgends abgesperrt worden (bis der Fall von Angelika Sch. gemeldet wurde); sie haben deshalb auch Gelegenheit gehabt, mit alten Leuten in Berührung zu kommen, die in ihrem ganzen Leben nur einmal

in früher Kindheit, oder womöglich überhaupt nicht geimpft worden waren. Gegen Pocken spricht auch der Ausfall der Impfung bei Angelika Sch. die hier positiv war, trotzdem sie ers vorgenommen wurde, nachdem der Höhepunkt der Krankheit überschritten war,

Ein zweiter Fall ereignete sich in T. Es handelte sich um ein elf Monate altes Kind, Alfred J., das noch nicht geimpft war. Die Mutter gab an, bei dem Kinde seien am 28. IV. plötzlich Knötchen aufgetreten, aus denen bald Bläschen geworden wären, ohne daß das Kind sich besonders krank gefühlt habe. An den folgenden Tagen seien dann immer neue Bläschen aufgeschossen, am meisten in der Nacht vom 1.—2. V.; an diesem Tage habe das Kind auch gefiebert. Am Tage meiner Ermittlung war es munter und fieberfrei. Der Körper wies zahlreiche Knötchen und Bläschen in verschiedenen Stadien auf, besonders auf dem behaarten Kopfe.

Die Mutter des Kindes gab als Ansteckungsquelle die auf demselben Flur wohnende Familie O. an. Hier fand ich ein acht Monate altes, ungeimpftes Kind, ebenfalls an einem Bläschen-Ausschlag erkrankt, der schon in Abheilung begriffen war. Die Allgemeinerscheinungen waren nach Angabe der Eltern sehr gering gewesen. Ferner hatte ein zweieinhalbjähriges Schwesterchen, das vor einem Jahre mit Erfolg geimpft war, vor 14 Tagen ebenfalls ohne besondere Beschwerden dieselbe Krankheit durchgemacht. Überhaupt waren damals in der Stadt mehrfach Fälle von Windpocken vorgekommen

Die Impfung, die ich bei den beiden erkrankten, bisher ungeimpften Kindern am Tage meiner Ermittlung, also nachdem die Krankheit ihren Höhepunkt überschritten hatte, vornahm, verlief erfolgreich.

Die Würdigung aller Tatsachen: des ganzen für Windpocken sprechenden Krankheitsverlaufes, der erfolgreichen Impfung der erkrankten Kinder, und auch des Umstandes, daß keine weiteren verdächtigen Fälle vorkamen, trotzdem z. B. die mit der Pflege der Kinder betrauten Großmütter seit mehreren Jahrzehnten nicht geimpft waren, bewog mich, bei der Diagnose Windpocken zu bleiben, auch als mir vom Institut für Infektionskrankheiten mitgeteilt wurde, daß der Tierversuch mit dem von Alfred J. übersandten Material positiv ausgefallen sei.

Bemerken möchte ich, daß der Paulsche Versuch öfter ein positives Ergebnis hatte in sicheren Fällen, die so leicht verliefen, daß sie gar nicht als Pocken erkannt worden wären, wenn sie nicht im Anschluß an ausgesprochene Variola aufgetreten wären, Fälle, die nur ganz vereinzelte kleine Bläschen aufwiesen und bei denen die leichten Allgemeinerscheinungen in 1—2 Tagen verschwunden waren. Der Tierversuch nach Paul scheint sich also durch große Feinheit auszuzeichnen. Es wäre daher von großer Bedeutung, zu erfahren, ob auch von anderer Seite Fälle festgestellt sind, bei denen der Paulsche Versuch positiv ausgefallen ist, trotzdem es sich sicher um

Windpocken gehandelt hat. Würde dies der Fall sein, so würde leider das Paulsche Verfahren nicht die Erwartungen, die wir von ihm zur Klarstellung verdächtiger Fälle erhoffen, in vollem Umfange erfüllen.

Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.

Von Dr. **Möbius** Kreisarzt in Putzig.

Unzweifelhaft ist in den Gegenden, in denen die Hebammenkurpfuscherinnen noch häufig statt der Hebammen zur Entbindung zugezogen werden, die Säuglingssterblichkeit relativ höher. Die zum Säuglingsschutz dadurch bedingte Bekämpfung der Hebammenkurpfuscherinnen ist nicht immer leicht, da die Fälle meist zu spät zur Kenntnis des Keisarztes kommen. Im hiesigen Kreise ist diesem Mangel dadurch abgeholfen, daß die Hebammen gehalten sind, in jedem Falle, in dem sie nicht persönlich die Entbindung beim Standesamt anzeigen, dem Boten eine schriftliche Mitteilung mitzugeben darüber, daß sie die Entbindung geleitet haben. Die Standesbeamten müssen jede Geburt die ihnen nicht auf diese Weise gemeldet wird, innerhalb drei Tagen dem Kreisarzte anzuzeigen, der nun sofort Ermittelungen anstellen kann. Diese Ermittelungen erfolgen durch folgende Anfrage:

„Ich bitte Sie ergebenst, mir mitzuteilen, welche Hebamme oder Frau bei der Geburt ihres Kindes am . . . Hilfe geleistet hat. Falls eine Hebamme nicht zugezogen war, so bitte ich um Angabe des Namens derjenigen Frau, die zur Entbindung zugezogen wurde. Ich bitte ferner um den Nachweis, daß die zuständige Hebamme zwar gerufen wurde, aber nicht zu erreichen war. Schließlich bitte ich mir mitzuteilen, welche Bezahlung an die betreffende Frau erfolgte. Sollten Sie nicht antworten, so müßte ich eine Untersuchung beantragen. Der Kreisarzt."

Durch diesen Geschäftsgang ist es gelungen, die Hebammenkurpfuscherinnen in ihrer Tätigkeit erheblich einzuschränken; ich verspreche mir dadurch eine Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Ueber eine einfache Methode zum Nachweis des Kohlenoxydes im Blute und in hämoglobinhaltigen Organen. Von Erich Liebmann. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. Folge, 53. Band, Jahrg. 1917, 1. Heft.

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verfasser zu folgendem Schluß:

„Mit Leuchtgas geschütteltes Blut und Blut von mit Leuchtgas vergifteten Tieren behält nach Zusatz von konzentrierter und verdünnter Formaldehydlösung (40 und 20 proz.) seine rote Farbe bedeutend länger als normales Blut, unter Umständen sogar wochenlang. Gewöhnliches Blut nimmt nach Mischung mit Formalin schon nach kurzer Zeit eine schmutzig braune Farbe an. Der Versuch gelingt im Reagenzglas, wie an einem mit Blut getränkten Papierstreifen, der aber möglichst frisch anzuwenden ist. Organe der mit Leuchtgas vergifteten Tiere behalten in 10% Formalinlösung ihre rote Farbe wochenlang. Andere Blutgifte geben die Probe nicht." Rpd.

Ueber Chlorgasvergiftung. Von Dr. O. Kramer, II. Assistent am pathologisch-anatomischen Institut in Basel. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. Folge, 53. Bd., Jahrg. 1917, H. 2.

Verfasser berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von Chlorgasvergiftung bei einem Arbeiter einer chemischen Fabrik, der nur ganz kurze Zeit konzentrierten Chlorgasdämpfen ausgesetzt war. Die Erkrankung setzte akut ein und führte nach einem nur einige Stunden dauernden Intervall relativen Wohlbefindens unter zunehmender Herzschwäche innerhalb 20 Tagen zum Tode. Klinisch bot der Kranke das Bild einer Bronchopneumonie. Pathologisch-anatomisch fand sich eine Thrombose der linken Lungenarterien als unmittelbare Todesursache; außerdem wurden multiple Thrombosen der Lungenarterien mit alten und frischen hämorrhagischen Infarkten, Lungenemphysem und eine diffus über die Lunge verbreitete fibrinöse Pneumonie festgestellt. Bemerkenswert war das frühe Auftreten multipler Thrombosen im kleinen und großen Kreislauf. Rpd.

Zur Prüfung des Lymphatismus des Selbstmörders. Von J. Aug. Hammer-Upsala. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. Folge, 53. Bd., Jahrg. 1917, Heft 2.

In neuerer Zeit sind bekanntlich Namen laut geworden, die dem häufigen Vorkommen von einer im Verhalten des lymphatischen Systems kenntlichen Konstitutionsanomalie, eines Lymphatismus bei Selbstmördern das Wort reden. Auf Grund einer eingehenden Vergleichung der Thymus bei 18 Selbstmördern im Alter von 17 bis 35 Jahren mit der Thymus bei 17 verunglückten Personen im Alter von 16 bis 35 Jahren kommt Verfasser zu dem Schluß, daß weder bei den ersteren, noch bei den letzteren krankhafte Veränderungen oder wesentliche Unterschiede der Thymus nachgewiesen werden konnten. Es ergibt sich daraus die Haltlosigkeit der Ansicht, daß die Thymus des Selbstmörders größer und parenchymatöser als bei anderen Personen sei. Rpd.

Die gerichtsärztliche Begutachtung von Wohnungen. Von Kreisassistenzarzt Dr. v. Hövell-Berlin. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; IV. Folge, 53. Band, Jahrg. 1917, Heft 1.

Eine fleißige und wertvolle Arbeit, die die große Zahl der verschiedenen gesundheitlichen Wohnungsschäden betrifft, die zu einer gerichtsärztlichen Begutachtung Veranlassung geben können. Es werden sowohl diejenigen Fälle besprochen, in denen es sich um die Anfechtung polizeilicher auf Grund des Allgemeinen Landrechts (T. 17, § 10, T. II) und des Polizeigesetzes (§ 6) erlassener Verfügungen vor einem Verwaltungsgericht handelt, als diejenigen, bei denen Streitigkeiten zwischen Mietern und Vermietern vor den ordentlichen Gerichten, Strafprozesse wegen Nichtbeachtung allgemein anerkannter Regeln der Baukunst, Schadenersatzansprüche Angestellter, erheblicher Nachteile, Gefahren oder Belästigungen durch gewerbliche Anlagen usw. die Veranlassung bilden. Betreffs der Einzelheiten müssen wir auf die Abhandlung selbst verweisen; sie hat den großen Vorzug, daß fast alle hier in Betracht kommenden Möglichkeiten sachgemäß behandelt sind. Mit Recht betont Verfasser am Schluß, daß sich in vielen ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Wohnung und Gesundheitsbeschädigung klar nachweisen lassen wird, daß aber der Gerichtsarzt in allen Fällen seinem Gutachten die Erfahrungen der Hygiene zugrunde legen muß. Rpd.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Die Lehre vom pathologischen Rausche. Von Prof. Dr. Raecke-Frankfurt a. M. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. Folge, 53. Bd., Jahrg. 1917, Heft 1.

Verfasser teilt zwei Gutachten mit, bei denen es sich darum handelte, ob die Straftaten im Zustande eines sogenannten pathologischen Rausches getan waren und § 51 Str.G.B. in Anwendung zu kommen hatte. Ausschlaggebend für ihn war die Würdigung der Gesamtpersönlichkeit der Angeklagten; mit Recht hebt er deshalb am Schluß seiner Ausführungen hervor, daß zur **Feststellung eines krankhaften Rauschzustandes außer Beobachtung der Sympto-**

matologie des Rausches stets eine sorgfältige Berücksichtigung der Grundlage gehört, auf der dieser vorgeht. Es handelt sich in der Regel um schwachsinnige oder geistig durch häufige Alkoholexzesse degenerierte Personen, bei denen sich die meist schon nach dem Genuß von geringen Mengen Alkohols die krankhafte alkoholische Bewußtseinsstörung weiter ihre kriminelle Handlung aufbaut. Charakteristisch dafür ist das plötzliche Eintreten dieser traumartigen Bewußtseinstrübung, die während derselben durch wahnhafte Einbildungen und Sinnestäuschungen herbeigeführten motorischen Entladungen, die schließlich zu Taten führen, die dem Verhalten in gesunder Zeit völlig entgegengesetzt sind. Die Störung läuft in verhältnismäßig schneller Zeit und hinterläßt eine mehr oder weniger große Lücke in der Erinnerung. Die Annahme eines pathologischen Rausches ist besonders dann begründet, wenn unmittelbar auf brutalste Gewalthandlungen ein tiefer Schlaf mit unbefangenem Erwachen folgt und die beim Erwachen zurückbleibende Amnesie stets gleich bleibend und scharf umrissen ist. Rpd.

Traumatische Psychosen. Von Privatdozent Dr. K. Hinrichsen, II. Arzt der Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt bei Basel. Schweizerische Rundschau für Medizin; 1917, Nr. 8.

Verfasser faßte seine Ausführungen in folgende Schlußsätze zusammen:

„1. Nach Schädeltraumen bezw. Comotio, Contusio, Compressio cerebri können die mannigfachsten Formen von Geistesstörung ausgelöst (bezw. verschlimmert) oder verursacht auftreten.

2. Progressive Paralyse kann nicht durch ein Kopftrauma verursacht, sondern nur auf metaluetischer Basis unter bestimmten Voraussetzungen (Erheblichkeit des Traumas, Wahrung des zeitlichen Zusammenhanges) ausgelöst oder verschlimmert werden. . . . (Horn).

3. Eine scharfe Grenze zwischen Kommotionsneurosen und Psychosen ist nicht zu ziehen. Nach Abklingen der initialen Kommotionspsychose besteht die Neurose mehr oder minder fort.

4. Kopftraumen können eine lokalisierte Gehirnarteriosklerose verursachen und damit Geistesstörungen von entsprechender Form und Prognose.

5. Die traumatischen Psychosen im engeren Sinne haben die klarste und einfachste Aetiologie, welche wir überhaupt kennen, und zeigen, wo Komplikationen fehlen, einen regressiven Verlauf und ein im großen und und ganzen typisches Symptomenbild. Ob und wie weit es zur Heilung kommt, hängt in reinen Fällen von den durch das Trauma gesetzten Zerstörungen ab.

6. Im ungünstigen Falle entwickelt sich ‚rasch oder allmälich, in der Regel aber binnen Jahresfrist‘ (Horn) eine posttraumatische Demenz.“ Rpd.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Tod durch angeblichen Selbstmord nicht Folge eines 11 Jahre zurückliegenden Betriebsunfalles. Von San.-Rat Dr. Engel.

Ueber den Selbstmord eines Unfallverletzten. Von San.-Rat Dr. Ruhemann. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 14.

Es handelt sich um zwei Fälle aus der Unfallpraxis, bei denen Unfallverletzte Selbstmord verübt hatten und von den Hinterbliebenen Rentenansprüche erhoben wurden mit der Begründung, die Unfallverletzung habe zu geistiger Störung geführt und in dieser sei der Selbstmord verübt. In beiden Fällen wird von den betr. Gutachten überzeugend nachgewiesen, daß keine geistige Störung vorlag, vielmehr die Selbstmörder aus freier Entschließung gehandelt hatten. Dementsprechend lautete die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes auf Abweisung. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Lungentuberkulose und Betriebsunfall. Von Sanitätsrat Dr. Ruhemann-Berlin. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 12.

Ein Arbeiter hatte innerhalb von 8 Jahren 2 Unfälle erlitten, wobei der Kopf verletzt wurde und wonach Nervenstörungen sich einstellten. Im Alter von fast 50 Jahren starb der Verletzte, 6 Jahre nach dem zweiten Unfall an

Tuberkulose. Der behandelnde Arzt nahm einen ursächlichen Zusammenhang des Unfalls mit der tödlichen Krankheit an. Entgegengesetzter Ansicht war Verfasser, der ausführte, daß gegen einen solchen Zusammenhang spreche: das Fehlen einer Verletzung des Brustkorbes bezw. der Lunge, die verhältnismäßig lange Zeit zwischen Ausbruch der Lungenkrankheit und dem Unfall. In diesem Sinne wurde auch die Entscheidung des Reichsversicherungsamts getroffen. Der Fall dürfte nicht zweifelhaft sein.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Der Nackenfurunkel als Unfallskrankheit. Von Geh. San.-Rat Prof. Dr. Ruge. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 14.

Verfasser hat es nicht selten erlebt, daß gerade Aerzte Ansprüche an Unfallversicherungsgesellschaften stellten, weil sie angeblich Nackenfurunkel infolge Unfalls erlitten hatten. An einigen Fällen wird dargetan, daß solche Ansprüche oft unberechtigt sind, weil es sich um kein Unfallereignis handelt. Ueberhaupt ist nach dem Verfasser die Entstehung der Furunkel meist eine solche, daß eine nachweisbare Ursache nicht vorliegt. Im Nacken entstehen furunkulöse Entzündungen ohne eigentliche Läsion, bei völlig unversehrter Haut. Die Furunkulose ist gelegentlich eine Teilerscheinung von schlechter Ernährung des Körpers, sie kann auch als eine Art Idiosynkrasie auftreten. Es ist ein Vorurteil, das beseitigt werden muß, wenn man meint, daß zur Erkrankung an der Oberfläche stets primäre Läsion — die dann als Unfallsverletzung gedeutet wird — gehört. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

D. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Typhus.

Zur Methodik der bakteriologischen Typhusdiagnose. Von Privatdozent Dr. A. Materna in Troppau. Berliner klinische Wochenschrift; 1917 Nr. 24.

Die frühzeitig und nach einer bestimmten Methode ausgeführte Blutkultur erlaubt, besonders wenn man in der Lage ist, sie allenfalls zu wiederholen, allein schon, jeden Typhusfall bakteriologisch rasch und sicher zu diagnostizieren, wobei die Schutzimpfung kein erhebliches Hindernis bietet.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Massenschutzimpfungen anläßlich einer Typhusepidemie. Von Prof. Dr. R. Abel-Jena. Oeffentliche Gesundheitspflege; 1917, Heft 9.

Zur Bekämpfung einer im Herbst 1915 in Jena zum Ausbruch gekommenen schweren Typhusepidemie mit 587 Krankheitsfällen wurden im dortigen Hygienischen Institut Typhusschutzimpfungen in Form von öffentlichen Impfterminen unentgeltlich, jedoch ohne Zwang vorgenommen. Die Zahl der sich dazu freiwillig meldenden Personen betrug 2497, also nur 7 % der Bevölkerung, die Zahl der an ihnen ausgeführten Impfungen 5656; 1256 Personen wurden dreimal, die übrigen dagegen nur einmal (594), bezw. zweimal (647) geimpft. Ob die Schutzimpfungen einen wesentlichen Anteil an dem schnellen Abklingen der Epidemie gehabt haben, läßt Verfasser dahin gestellt. Er ist jedoch der Ansicht, daß neben den sonstigen Abwehr- und Bekämpfungsmitteln die Impfung den einzigen positiven Schutz darstellt, den man den Bedrohten gewähren kann. Ihre Anwendung sei daher namentlich bei Massenausbrüchen und unüberblickbarer Verstreuung des Ansteckungsstoffes sowie bei chronischer Typhuserkrankung in einer Bevölkerung angezeigt. Nach den in Jena gemachten Erfahrungen kann sie auch in einfacher Weise ohne sorgsame gesundheitliche Voruntersuchung der sich zur Impfung meldenden Personen und ohne Besorgnis vor deren etwaiger Schädigung vorgenommen werden. Ob ihre Ausführung allerdings in anderen Orten auch so wenig Kosten wie in Jena verursachen würde (zusammen 177,50 = 3,1 Pfg. für die Impfung) dürfte sehr zweifelhaft sein. Rpd.

2. Ruhr.

Zur anatomischen Diagnose der Ruhr. Von Prof. H. Beitzke. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 26.

Es wird der Sektionsbefund von 3 Fällen unklarer Darmerkrankungen bei Personen, die in der Etappe mit Wegebauten beschäftigt waren, beschrieben. Daß es sich um atypische Ruhr handelte, dafür sprach der Befund: Befallensein des Dickdarms mit Bevorzugung des unteren Teils, die fehlende Beteiligung der Dickdarmlymphknötchen, die Uebergänge und Kombinationen mit typischer Ruhr, der Nachweis von Ruhrbazillen im Darminhalt in einem der Fälle, besonders auch frisches Blut im Mastdarminhalt.

An diese schnell und tödlich verlaufenden Fälle hatten sich typische, weniger schwer verlaufende Fälle angeschlossen.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Untersuchungen über Ruhr. Von Dr. R. Hamburger-Berlin. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 23.

An einem großen Material weist Verfasser nach, daß es unter günstigen Umständen fast stets bei frischen Erkrankungen gelingt, Dysenterie- oder Pseudodysenteriebazillen nachzuweisen, ebenso wie auch bei nicht über eine gewisse Zeit alten Seren Erkrankter spezifische Agglutinine nachgewiesen werden. Praktisch soll der Arzt alle diese Erkrankungen als Ruhr ansehen, gleichgültig, ob der Erreger zur Dysenterie oder Pseudodysenterie zu rechnen ist, wenn nur klinisch die Schwere des Krankheitsbildes erwogen und ihr entsprechend begegnet wird.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

E. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wohnungshygiene.

Vorschlag zur Verbesserung der Mietskasernen. Von Dr. C. Hamburger, Augenarzt in Berlin. Oeffentliche Gesundheitspflege; zweiter Jahrgang, 1917, Heft 5.

Die sogenannten Mietskasernen in den Großstädten haben neben vielen anderen Mißständen vor allem den Mangel, daß ihnen jede Freifläche fehlt, in der sich die Familie außerhalb der vier Wände bewegen kann. Bei der nach dem Kriege wieder einsetzenden Bautätigkeit muß deshalb dafür gesorgt werden, daß die Mietskaserne, mit der zurzeit noch gerechnet werden muß, ihrer schwersten Schäden entkleidet und ihr das gegeben wird, worin ihr das Kleinhaus grundsätzlich überlegen ist. Das läßt sich nach Verfassers Ansicht auf keine Weise leichter erreichen, als durch Einführung von Dachgärten, die den Bewohnern der Mietskasernen die Möglichkeit geben, leicht und bequem ins Freie zu gelangen. Gerade der Aufenthalt im Freien und der damit verbundene wichtige Einfluß von Sonne, Wind und Luft auf den menschlichen Körper sind für die Volksgesundheit in einer großen Stadt, namentlich für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, von größter Bedeutung und deshalb die wichtigste Förderung einer Wohnungsreform. Leider ist in dieser Hinsicht bisher so gut wie nichts geschehen. Wenn auch die Dachgärten weder die Säuglingssterblichkeit noch die Skrofulose vollständig aus der Welt schaffen werden, so sollte die Gesetzgebung doch nicht länger zögern und verlangen, daß beim Umbau alter Mietskasernen sowie bei jedem Neubau ein Dachgarten angelegt werden muß. Der Widerstand gegen diese Neuerung würde zwar zunächst groß sein, aber auch Wasserleitung und Kanalisation, deren gesundheitliche Vorzüge jetzt von keiner Seite mehr bestritten werden, haben erst den lebhaftesten Widerspruch erfahren.

Rpd.

---

2. Wasserversorgung.

Die biologische Analyse des Wassers im Dienste der Wasserhygiene. Von Prof. Dr. S. Wilhelmi-Berlin-Dahlem. Oeffentliche Gesundheitspflege; zweiter Jahrgang, 1917, Heft 5.

Die Hydrologie ist noch eine recht junge Wissenschaft; sie hat aber ebenso wie die biologische Wasseranalyse in den letzten Jahren, namentlich durch die Königliche Landesanstalt für Wasserhygiene eine wesentliche Förderung erfahren. Jedenfalls bietet die biologische Wasseranalyse, d. h. die Feststellung

der im Wasser vorhandenen mikro- und makroskopischen Tiere und Pflanzen, die in einem unmittelbaren Abhängigkeitsverhältnis zu der chemischen Beschaffenheit des Wassers stehen, ein wertvolles Hilfsmittel für die Wasserbeurteilung in Verbindung mit der chemischen, physikalischen und bakteriolodischen Wasseruntersuchung. Ihre Ergebnisse gehen an Wert sogar teilweise über die chemische Untersuchung hinaus, da sie nicht bloß die zur Zeit der Untersuchung bestehende Wasserbeschaffenheit offenbaren, sondern den Zustand erkennen lassen, der durch eine längere Zeit hindurch bestehende Wasserbeschaffenheit hervorgerufen ist. Wenn z. B. die Zuleitung von Abwässern rechtzeitig ausgeschaltet und infolgedessen ihr nachteiliger Einfluß chemisch, physikalisch oder bakteriologisch nicht mehr nachweisbar ist, wird die biologische Wasseranalyse gleichwohl einen solchen Nachweis noch ermöglichen. Sie ist besonders deshalb berufen, die Einwirkung der Abwässer auf die Oberflächengewässer im einzelnen wieder zu ergründen; sie vermag aber auch für die gesamte Wasserwirtschaft und Wasserhygiene recht Ersprießliches zu leisten. Bpd.

8. Müllverwertung.

Müllverwertung. Von Ing. Kern. Gesundheit 1917, Nr. 11.

Der Verf. empfiehlt das neue Verfahren der D. Müllverwertungs-Gesellschaft in Cöln, das allen hygienischen Anforderungen vollkommen entspricht, die Interessen der Landwirtschaft voll und ganz wahrnimmt und der Stadt eine ansehnliche Summe einbringt. Dr. Wolf-Hanau.

Besprechungen.

Dr. Franz Hitze-[illegible]: Geburtenrückgang und Sozialreform. [illegible]-Verlag [illegible]. Preis [illegible]

Die [illegible] Klassen sind in erster Linie für das nationale Unglück verantwortlich und die Aerzte tragen einen Teil der Schuld. Die Antikonzeptionsmittel sollten nur in Apotheken gegen ärztliche Ordination zu erhalten sein. [illegible] mit dem Sanitätswinkel, mit [illegible]. Die ganze [illegible] Länge der Vorbildung unserer Beamten sollte verkürzt werden. Diese Vorbildung ist oft nichts anderes als eine Dressur der Mittelmäßigkeit, der Tüchtige wird künstlich niedergehalten. Das Anfangsgehalt unserer Staatsbeamten ist zu klein. Die [illegible] des Schulbaus und der [illegible] nach der Kinderzahl ist bei den Beamten [illegible] notwendig. [illegible] der gesellschaftlich führenden Klassen [illegible] innere Kolonisation ist notwendig.

Diese [illegible] als [illegible] für den [illegible] der Abhandlung. [illegible] programmatisch [illegible]

Dr. [illegible]-[illegible]

Dr. med. Hans [illegible]: Woher die Kinder kommen? Verlag [illegible] Preis [illegible]

[illegible]

Dr. [illegible]

[illegible]

[illegible] [illegible]

sich diese auch auf die erste Zeit der Behandlung erstrecken, in der die dabei zu beachtenden Vorsichtsmaßregeln noch nicht so genau wie auf Grund späterer Erfahrungen festgelegt waren, sind doch nur 16 Todesfälle auf 100 000 Kranke vorgekommen, bei denen ein ursächlicher Zusammenhang mit dieser Behandlung als mehr oder weniger sicher angenommen werden muß. Erblindungen sind nur 0,0013 %, Erkrankungen nur 0,0026 % beobachtet. Als Beweis für die Wirksamkeit der Salvarsanbehandlung wurde auch die außerordentliche Abnahme des Badebesuches in dem früher besonders ven Syphilitikern aufgesuchten Bade Aachen hervorgehoben, das jetzt hauptsächlich ein Bad für Rheumatiker geworden ist. Für die Heeresverwaltung hat sich die Salvarsanbehandlung besonders insofern als wertvoll erwiesen, als dadurch namentlich die ansteckenden und deshalb die Kameraden der Kranken gefährdenden Anfangserscheinungen der Krankheit sehr schnell beseitigt werden.

Ueber die **Wirkungen des Krieges auf die Volksgesundheit** äußert sich der Aerzte-Ausschuß Groß-Berlin in einem an sämtliche Aerzte in Berlin gerichteten Rundschreiben wie folgt:

Die einfachere Lebensweise und Kost, das Maßhalten in der Aufnahme von Eiweißkörpern und Fett, die Einschränkung des Genusses von Spirituosen und Tabak ist vielen gesundheitsdienlich gewesen. Stoffwechselkrankheiten, wie Zuckerruhr schwinden oder bessern sich vielfach. Impfärzte und Schulärzte haben einwandfrei festgestellt, daß die erste Jugend keine gesundheitliche Schädigung gegen früher erkennen ließe. Die Kindersterblichkeit ist zurückgegangen. Verheerende Epidemien, wie sie in früheren Kriegen auftraten, haben unsere Bevölkerung nicht ergriffen. Die allgemeine Sterblichkeit ist zwar etwas größer als in Friedensjahren, betrifft aber hauptsächlich ältere Lebensjahre und chronisch Kranke. Auch ist erfreulicherweise die Sterblichkeit in den unbemittelten Kreisen nach der Berliner Statistik nicht höher, als in den besser situierten.

Neue Deutsche Arneitaxe. Die durch Bundesratsbeschluß festgesetzte mit dem 1. d. Monats in Kraft getretene neue Deutsche Arzneitaxe für 1918 bringt fast überall Erhöhungen. Außerdem ist durch die in den einzelnen Bundesstaaten ergangenen Einführungsverordnungen (in Preußen durch den Erl. vom 28. Dezember v. J.) angeordnet, daß die Apotheker berechtigt sind, bei jeder auf ärztliche Verordnung abgegebenen Arznei einen Teuerungszuschlag von 20 Pfg. zu dem Arzneipreis zu erheben, der jedoch bei Abgabe von fabrikmäßig hergestellten Zubereitungen in Originalpackung nicht berechnet werden darf.

Neue Ausgabe des Deutschen Arzneibuches. Nach einem Rundschreiben des Präsidenten des Kaiserlichen Gesundheitsamts vom 7. Dezember 1917 haben die Vorarbeiten für eine neue Ausgabe des Deutschen Arzneibuchs begonnen. Alle an der Angelegenheit Beteiligten, insbesondere die Herren Aerzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Großhändler und chemisch-pharmazeutischen Industriellen werden gebete, die Wünsche, die sie bezüglich der Neuausgabe des Arzneibuchs hegen, bekanntzugeben, insbesondere auch sich über die auf Grund ihrer Erfahrungen empfehlenswerte Aufnahme neuer oder Streichung offizieller Arzneimittel zu äußern. Vorschläge nebst Begründung sind an das Kaiserliche Gesundheitsamt Berlin NW., Klopstockstraße 18, zu richten.

Berufung. Der in weiten Kreisen, auch unter den Medizinalbeamten sehr bekannte Prof. Dr. **Kaup,** a. o. Prof. der Gewerbehygiene und sozialen Gesundheitspflege in München, früher Hygieniker beim Zentralvorstand für Volkswohlfahrt in Berlin, ist jetzt zum Ministerialsanitätsinspektor in Wien mit dem Titel und Charakter eines Ministerialrats ernannt. Er ist besonders zur Mitarbeit von der Organisation des neuen Ministeriums für Volksgesundheit berufen und soll in diesem die Referate über Volkskrankheiten, Jugend- und Berufshygiene, Kriegsbeschädigtenhygiene, Statistik des Volksgesundheitsamtes, Ausgestaltung der hygienischen Untersuchungsanstalten usw. übernehmen sowie

der im Wasser vorhandenen mikro- und makroskopischen Tiere und Pflanzen, die in einem unmittelbaren Abhängigkeitsverhältnis zu der chemischen Beschaffenheit des Wassers stehen, ein wertvolles Hilfsmittel für die Wasserleitung in Verbindung mit der chemischen, physikalischen und bakteriolodischen Wasseruntersuchung. Ihre Ergebnisse gehen an Wert sogar teilweise über die chemische Untersuchung hinaus, da sie nicht bloß die zur Zeit der Untersuchung bestehende Wasserbeschaffenheit offenbaren, sondern den Zustand erkennen lassen, der durch eine längere Zeit hindurch bestehende Wasserbeschaffenheit hervorgerufen ist. Wenn z. B. die Zuleitung von Abwässern zeitweilig ausgeschaltet und infolgedessen ihr nachteiliger Einfluß chemisch, physikalisch oder bakteriologisch nicht mehr nachweisbar ist, wird die biologische Wasseranalyse gleichwohl einen solchen Nachweis noch ermöglichen. Sie ist besonders deshalb berufen, die Einwirkung der Abwässer auf die Oberflächengewässer im einzelnen wieder zu ergründen; sie vermag aber auch für die gesamte Wasserwirtschaft und Wasserhygiene recht Ersprießliches zu leisten. Rpd.

---

3. Müllverwertung.

Müllverwertung. Von Ing. Kern. Gesundheit 1917. Nr. 11.

Der Verf. empfiehlt das neue Verfahren der D. Müllverwertungs-Gesellschaft in Cöln, das allen hygenischen Anforderungen vollkommen entspricht, die Interessen der Landwirtschaft voll und ganz wahrnimmt und der Stadt einen ansehnlichen Gewinn einbringt. Dr. Wolf-Hanau.

Besprechungen.

Dr. Franz Hitze-M.-Gladbach: **Geburtenrückgang und Sozialreform.** Volksvereins-Verlag; 1917, Gr. 8°. Preis: 4,50 M.

Die herrschenden Klassen sind in erster Linie für das nationale Unglück verantwortlich und die Aerzte tragen einen Gutteil der Schuld. Die Antikonzeptionsmittel sollten nur in Apotheken gegen ärztliche Ordination zu erhalten sein. — Weg mit dem Standesdünkel, mit aller Großmannssucht. Die ganze unangemessene Länge der Vorbildung unserer Beamten sollte verkürzt werden. Diese Vorbildung ist oft nichts anderes als eine Dressur der Mittelmäßigkeit; der Tüchtige wird künstlich niedergehalten. Das Anfangsgehalt unserer Staatsbeamten ist zu klein. Die Abstufung des Gehaltes und der Wohnungszulage nach der Kinderzahl ist bei den Beamten dringend notwendig. Unsere weibliche Jugend (bes. auch der gesellschaftlich führenden Klassen der Rat) bedarf dringend der besseren häuslichen Ausbildung. Innere Kolonisation ist notwendig.

Diese Sätze sind lediglich angeführt als Beleg für den Ernst der Abhandlung. Wie immer, wenn Hitze arbeitet, hat er die ganze Frage programmartig behandelt. Das Buch ist jedem Amtsarzt zu empfehlen

Dr. Graßl-Kempten.

Dr. med. Hans Hoppeler-Zürich: **Woher die Kindlein kommen?** Verlag von Orel Füssli. Preis 1 Fr.

Das kleine Büchelchen erzählt in flottem, leichten Stile, der Jugend von 10—12 Jahren verständlich, die Physiologie der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Allen Eltern und Vormündern, die eine sexuelle Aufklärung der Jugend für wünschenswert halten, kann das Heft von 42 Seiten Umfang warm empfohlen werden, wenn manche auch vielleicht die religiösen Ausführungen auf Seite 30 für entbehrlich halten werden.

Dr. Rissmann-Osnabrück.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. Im Petitionsausschuß sind kürzlich von einem Vertreter der Regierung Mitteilungen über die vom preuß. Minister des Innern veranstaltete Umfrage über den Wert des Salvarsans gemacht. Danach sind Berichte über 75000 mit diesem Mittel behandelte Kranke eingegangen; obwohl

sich diese auch auf die erste Zeit der Behandlung erstrecken, in der die dabei zu beachtenden Vorsichtsmaßregeln noch nicht so genau wie auf Grund späterer Erfahrungen festgelegt waren, sind doch nur 16 Todesfälle auf 100 000 Kranke vorgekommen, bei denen ein ursächlicher Zusammenhang mit dieser Behandlung als mehr oder weniger sicher angenommen werden muß. Erblindungen sind nur 0,0013 %, Erkrankungen nur 0,0026 % beobachtet. Als Beweis für die Wirksamkeit der Salvarsanbehandlung wurde auch die außerordentliche Abnahme des Badebesuches in dem früher besonders von Syphilitikern aufgesuchten Bade Aachen hervorgehoben, das jetzt hauptsächlich ein Bad für Rheumatiker geworden ist. Für die Heeresverwaltung hat sich die Salvarsanbehandlung besonders insofern als wertvoll erwiesen, als dadurch namentlich die ansteckenden und deshalb die Kameraden der Kranken gefährdenden Anfangserscheinungen der Krankheit sehr schnell beseitigt werden.

Ueber die **Wirkungen des Krieges auf die Volksgesundheit** äußert sich der **Aerzte-Ausschuß Groß-Berlin** in einem an sämtliche Aerzte in Berlin gerichteten Rundschreiben wie folgt:

Die einfachere Lebensweise und Kost, das Maßhalten in der Aufnahme von Eiweißkörpern und Fett, die Einschränkung des Genusses von Spirituosen und Tabak ist vielen gesundheitsdienlich gewesen. Stoffwechselkrankheiten, wie Zuckerruhr schwinden oder bessern sich vielfach. Impfärzte und Schulärzte haben einwandfrei festgestellt, daß die erste Jugend keine gesundheitliche Schädigung gegen früher erkennen ließe. Die Kindersterblichkeit ist zurückgegangen. Verheerende Epidemien, wie sie in früheren Kriegen auftraten, haben unsere Bevölkerung nicht ergriffen. Die allgemeine Sterblichkeit ist zwar etwas größer als in Friedensjahren, betrifft aber hauptsächlich ältere Lebensjahre und chronisch Kranke. Auch ist erfreulicherweise die Sterblichkeit in den unbemittelten Kreisen nach der Berliner Statistik nicht höher, als in den besser situierten.

Neue Deutsche Arneitaxe. Die durch Bundesratsbeschluß festgesetzte mit dem 1. d. Monats in Kraft getretene neue Deutsche Arzneitaxe für 1918 bringt fast überall Erhöhungen. Außerdem ist durch die in den einzelnen Bundesstaaten ergangenen Einführungsverordnungen (in Preußen durch den Erl. vom 28. Dezember v. J.) angeordnet, daß die Apotheker berechtigt sind, bei jeder auf ärztliche Verordnung abgegebenen Arznei einen Teuerungszuschlag von 20 Pfg. zu dem Arzneipreis zu erheben, der jedoch bei Abgabe von fabrikmäßig hergestellten Zubereitungen in Originalpackung nicht berechnet werden darf.

Neue Ausgabe des Deutschen Arzneibuches. Nach einem Rundschreiben des Präsidenten des Kaiserlichen Gesundheitsamts vom 7. Dezember 1917 haben die Vorarbeiten für eine neue Ausgabe des Deutschen Arzneibuchs begonnen. Alle an der Angelegenheit Beteiligten, insbesondere die Herren Aerzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Großhändler und chemisch-pharmazeutischen Industriellen werden gebete, die Wünsche, die sie bezüglich der Neuausgabe des Arzneibuchs hegen, bekanntzugeben, insbesondere auch sich über die auf Grund ihrer Erfahrungen empfehlenswerte Aufnahme neuer oder Streichung offizieller Arzneimittel zu äußern. Vorschläge nebst Begründung sind an das Kaiserliche Gesundheitsamt Berlin NW., Klopstockstraße 18, zu richten.

Berufung. Der in weiten Kreisen, auch unter den Medizinalbeamten sehr bekannte Prof. Dr. **Kaup,** a. o. Prof. der Gewerbehygiene und sozialen Gesundheitspflege in München, früher Hygieniker beim Zentralvorstand für Volkswohlfahrt in Berlin, ist jetzt zum Ministerialsanitätsinspektor in Wien mit dem Titel und Charakter eines Ministerialrats ernannt. Er ist besonders zur Mitarbeit von der Organisation des neuen Ministeriums für Volksgesundheit berufen und soll in diesem die Referate über Volkskrankheiten, Jugend- und Berufshygiene, Kriegsbeschädigtenhygiene, Statistik des Volksgesundheitsamtes, Ausgestaltung der hygienischen Untersuchungsanstalten usw. übernehmen sowie

eine Lehrtätigkeit bei der Ausbildung sozialhygienischer Hilfskräfte (Amtsärzte, praktische Aerzte, Fürsorgepersonal) ausüben.

Am 26. Dezember v. J. ist der älteste aktive Kreisarzt, Geh. Med.-Rat Dr. **Reinhard Koehler in Landshut** (Reg.-Bez. Liegnitz), nach kurzem Krankenlager im 79. Lebensjahre verschieden. Er war im Jahre 1866 approbiert, wurde 1879 Kreiswundarzt und ein Jahr später zum Kreisphysikus in Landshut ernannt. Er hatte an den Feldzügen 1866 und 70/71 teilgenommen und damals seine Praxis aufgenommen, um wie er selbst erklärte, „in- und außerhalb seines Berufes zu Nutz und Frommen seiner Mitbürger zu wirken". Dies hat er auch als beamteter Arzt unermüdlich bis an sein Lebensende auf Grund seiner hohen Geistesgaben und seines reichen Wissens mit anerkanntem Erfolge getan; eine formvollendete Art war ihm eigen. — In der städtischen Verwaltung war er Beigeordneter und wurde 1917 nach [illegible]jähriger Tätigkeit im Magistrat Ehrenbürger der Stadt. Jahrzehnte hindurch lag die ärztliche Leitung des Kreiskrankenhauses „Marienstift" in seinen Händen und zahlreiche Wohlfahrtsvereinigungen besaßen in ihm einen warmen Förderer. — Bei Beginn des jetzigen Krieges nahm er sein bereits eingereichtes Abschiedsgesuch zurück, um trotz der Bürde seiner Jahre in seinen Ämtern auszuharren und daneben noch weitere Ämter zu übernehmen. Außer anderen hohen Orden während seiner Dienstzeit wurde ihm im Juli v. J. das Verdienstkreuz für Kriegshilfe verliehen. Er war ein kerniger, aufrichtiger und lauterer Charakter, ein stets hilfsbereiter Freund und bewährter Kollege. Ehre seinem Andenken! M.

Vom 25. bis 28. Januar d. J. wird in Berlin im Langenbeck-Virchow-Hause, NW. 6, Luisenstraße 58/59 eine **gemeinsame Tagung der ärztlichen Abteilungen der Waffenbrüderlichen Vereinigung Deutschlands, Oesterreichs und Ungarns** unter dem Vorsitz von Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner-Berlin, Hofrat Prof. Dr. v. Eiselsberg-Wien und Hofrat Prof. Dr. v. Grósz-Pest stattfinden. Den Hauptgegenstand der Tagung bilden: der Wiederaufbau der Volkskraft nach dem Kriege, Vermehrung und Erhaltung des Nachwuchses, Schutz und Kräftigung der jugendlichen Bevölkerung, Herabsetzung der Sterblichkeit durch zielbewußte Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, insbesondere der Tuberkulose. Am 25. Januar abends: Begrüßung der Vereinigten Berliner Aerztlichen Gesellschaften. Auf der Festsitzung am 26. Januar wird Generalstabsarzt Exz. v. Schjerning über die Bedeutung der Jugendfürsorge für die Wehrkraft sprechen. Die Teilnahme ist nur Mitgliedern gestattet. Beitrittserklärungen (Mindestbeitrag 5 M.) sind an die Geschäftsstelle, Berlin-Wittenau, zu richten.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

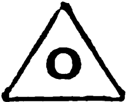
Stabsarzt d. Res. Dr. **Pusch**, Chefarzt eines Feldlazaretts, Kreisarzt und Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamts in Danzig.

Kalender für Medizinalbeamte.

Leider hat von dem Kalender für Medizinalbeamte die mit den Einbänden beauftragte Berliner Großbuchbinderei bisher nur einen kleinen Teil fertigstellen können, weil sie wegen Kohlenmangels ihren Betrieb vorübergehend einstellen mußte. Der Betrieb wird aber im Laufe dieser Woche wieder aufgenommen, so daß die Fertigstellung und Versendung des Kalenders in der zweiten Januarwoche erfolgen kann.

Die Verlagsbuchhandlung.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

31. Jahrgang; Nr. 2.  Ausgegeben am 20. Januar 1918.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 2, am Schlusse des Heftes.

eine Lehrtätigkeit bei der Ausbildung sozialhygienischer Hilfskräfte (Amtsärzte, praktische Aerzte, Fürsorgepersonal) ausüben.

Am 25. Dezember v. J. ist der älteste aktive Kreisarzt, Geh. Med.-Rat Dr. **Reinhard Koehler in Landshut** (Reg.-Bez. Liegnitz), nach kurzem Krankenlager im 79. Lebensjahre verschieden. Er war im Jahre 1866 approbiert wurde 1879 Kreiswundarzt und ein Jahr später zum Kreisphysikus in Landshut ernannt. Er hatte an den Feldzügen 1866 und 70/71 teilgenommen und damals seine Praxis aufgenommen, um wie er selbst erklärte, „in- und außerhalb seines Berufes zu Nutz und Frommen seiner Mitbürger zu wirken". Dies hat er auch als beamteter Arzt unermüdlich bis an sein Lebensende auf Grund seiner hohen Geistesgaben und seines reichen Wissens mit anerkanntem Erfolge getan; eine formvollendete Art war ihm eigen. — In der städtischen Verwaltung war er Beigeordneter und wurde 1917 nach 25jähriger Tätigkeit im Magistrat Ehrenbürger der Stadt. Jahrzehnte hindurch lag die ärztliche Leitung des Kreiskrankenhauses „Mariannenstift" in seinen Händen und zahlreiche Wohlfahrtsvereinigungen besaßen in ihm einen treuen Förderer. — Bei Beginn des jetzigen Krieges nahm er sein bereits eingereichtes Abschiedsgesuch zurück, um trotz der Bürde seiner Jahre in seinen Aemtern auszuharren und daneben noch weitere Aemter zu übernehmen. Außer anderen hohen Orden während seiner Dienstzeit wurde ihm im Juli v. J. das Verdienstkreuz für Kriegshilfe verliehen. Er war ein kerniger, schlichter und lauterer Charakter, ein stets hilfsbereiter Freund und bewährter Kollege. Ehre seinem Andenken! M.

Vom 23. bis 26. Januar d. J. wird in Berlin (im Langenbeck-Virchow-Hause, NW. 6, Luisenstraße 58/59) eine **gemeinsame Tagung der ärztlichen Abteilungen der Waffenbrüderlichen Vereinigung Deutschlands, Oesterreichs und Ungarns** unter dem Vorsitz von Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner-Berlin, Hofrat Prof. Dr. v. Hochenberg-Wien und Hofrat Prof. Dr. v. Grosz-Pest stattfinden. Den Hauptgegenstand der Tagung bildet: Der Wiederaufbau der Volkskraft nach dem Kriege: Vermehrung und Erhaltung des Nachwuchses, Schutz und Kräftigung der jugendlichen Bevölkerung, Herabsetzung der Sterblichkeit durch zielbewußte Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, insbesondere der Tuberkulose. Am 23. Januar abends: Begrüßung der Vereinigten Berliner Aerztlichen Gesellschaften. Auf der Festsitzung am 24. Januar wird Generalstabsarzt Exz. v. Schjerning über **die Bedeutung der Jugendfürsorge für die Wehrkraft** sprechen. Die Teilnahme ist nur Mitgliedern gestattet. Beitrittserklärungen (**Mindestbeitrag: 5 M.**) sind an die Geschäftsstelle, Berlin-Wittenau, zu richten.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. Res. Dr. **Pusch,** Chefarzt eines Feldlazaretts, Kreisarzt und Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes in Danzig.

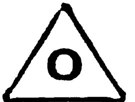
Kalender für Medizinalbeamte.

Leider hat von dem Kalender für Medizinalbeamte die mit dem Einbinden beauftragte Berliner Großbuchbinderei bisher nur einen kleinen Teil fertigstellen können, weil sie wegen Kohlenmangel ihren Betrieb vorübergehend einstellen mußte. Der Betrieb wird aber im Laufe dieser Woche wieder aufgenommen, so daß die Fertigstellung und Versendung des Kalenders in der zweiten Januarwoche erfolgen kann.

Die Verlagsbuchhandlung.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

31. Jahrgang; Nr. 2.  Ausgegeben am 20. Januar 1918.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:

Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.

Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.

Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 2, am Schlusse des Heftes

in früher Kindheit, oder womöglich überhaupt nicht geimpft worden waren. Gegen Pocken spricht auch der Ausfall der Impfung bei Angelika Sch. die hier positiv war, trotzdem sie ers vorgenommen wurde, nachdem der Höhepunkt der Krankheit überschritten war,

Ein zweiter Fall ereignete sich in T. Es handelte sich um ein elf Monate altes Kind, Alfred J., das noch nicht geimpft war. Die Mutter gab an, bei dem Kinde seien am 28. IV. plötzlich Knötchen aufgetreten, aus denen bald Bläschen geworden wären, ohne daß das Kind sich besonders krank gefühlt habe. An den folgenden Tagen seien dann immer neue Bläschen aufgeschossen, am meisten in der Nacht vom 1.—2. V.; an diesem Tage habe das Kind auch gefiebert. Am Tage meiner Ermittlung war es munter und fieberfrei. Der Körper wies zahlreiche Knötchen und Bläschen in verschiedenen Stadien auf, besonders auf dem behaarten Kopfe.

Die Mutter des Kindes gab als Ansteckungsquelle die auf demselben Flur wohnende Familie O. an. Hier fand ich ein acht Monate altes, ungeimpftes Kind, ebenfalls an einem Bläschen-Ausschlag erkrankt, der schon in Abheilung begriffen war. Die Allgemeinerscheinungen waren nach Angabe der Eltern sehr gering gewesen. Ferner hatte ein zweieinhalbjähriges Schwesterchen, das vor einem Jahre mit Erfolg geimpft war, vor 14 Tagen ebenfalls ohne besondere Beschwerden dieselbe Krankheit durchgemacht. Überhaupt waren damals in der Stadt mehrfach Fälle von Windpocken vorgekommen

Die Impfung, die ich bei den beiden erkrankten, bisher ungeimpften Kindern am Tage meiner Ermittlung, also nachdem die Krankheit ihren Höhepunkt überschritten hatte, vornahm, verlief erfolgreich.

Die Würdigung aller Tatsachen: des ganzen für Windpocken sprechenden Krankheitsverlaufes, der erfolgreichen Impfung der erkrankten Kinder, und auch des Umstandes, daß keine weiteren verdächtigen Fälle vorkamen, trotzdem z. B. die mit der Pflege der Kinder betrauten Großmütter seit mehreren Jahrzehnten nicht geimpft waren, bewog mich, bei der Diagnose Windpocken zu bleiben, auch als mir vom Institut für Infektionskrankheiten mitgeteilt wurde, daß der Tierversuch mit dem von Alfred J. übersandten Material positiv ausgefallen sei.

Bemerken möchte ich, daß der Paulsche Versuch öfter ein positives Ergebnis hatte in sicheren Fällen, die so leicht verliefen, daß sie gar nicht als Pocken erkannt worden wären, wenn sie nicht im Anschluß an ausgesprochene Variola aufgetreten wären, Fälle, die nur ganz vereinzelte kleine Bläschen aufwiesen und bei denen die leichten Allgemeinerscheinungen in 1—2 Tagen verschwunden waren. Der Tierversuch nach Paul scheint sich also durch große Feinheit auszuzeichnen. Es wäre daher von großer Bedeutung, zu erfahren, ob auch von anderer Seite Fälle festgestellt sind, bei denen der Paulsche Versuch positiv ausgefallen ist, trotzdem es sich sicher um

Windpocken gehandelt hat. Würde dies der Fall sein, so würde leider das Paulsche Verfahren nicht die Erwartungen, die wir von ihm zur Klarstellung verdächtiger Fälle erhoffen, in vollem Umfange erfüllen.

Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.

Von Dr. **Möbius** Kreisarzt in Putzig.

Unzweifelhaft ist in den Gegenden, in denen die Hebammenkurpfuscherinnen noch häufig statt der Hebammen zur Entbindung zugezogen werden, die Säuglingssterblichkeit relativ höher. Die zum Säuglingsschutz dadurch bedingte Bekämpfung der Hebammenkurpfuscherinnen ist nicht immer leicht, da die Fälle meist zu spät zur Kenntnis des Keisarztes kommen. Im hiesigen Kreise ist diesem Mangel dadurch abgeholfen, daß die Hebammen gehalten sind, in jedem Falle, in dem sie nicht persönlich die Entbindung beim Standesamt anzeigen, dem Boten eine schriftliche Mitteilung mitzugeben darüber, daß sie die Entbindung geleitet haben. Die Standesbeamten müssen jede Geburt die ihnen nicht auf diese Weise gemeldet wird, innerhalb drei Tagen dem Kreisarzte anzuzeigen, der nun sofort Ermittelungen anstellen kann. Diese Ermittelungen erfolgen durch folgende Anfrage:

„Ich bitte Sie ergebenst, mir mitzuteilen, welche Hebamme oder Frau bei der Geburt ihres Kindes am . . . Hilfe geleistet hat. Falls eine Hebamme nicht zugezogen war, so bitte ich um Angabe des Namens derjenigen Frau, die zur Entbindung zugezogen wurde. Ich bitte ferner um den Nachweis, daß die zuständige Hebamme zwar gerufen wurde, aber nicht zu erreichen war. Schließlich bitte ich mir mitzuteilen, welche Bezahlung an die betreffende Frau erfolgte. Sollten Sie nicht antworten, so müßte ich eine Untersuchung beantragen. Der Kreisarzt."

Durch diesen Geschäftsgang ist es gelungen, die Hebammenkurpfuscherinnen in ihrer Tätigkeit erheblich einzuschränken; ich verspreche mir dadurch eine Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Ueber eine einfache Methode zum Nachweis des Kohlenoxydes im Blute und in hämoglobinhaltigen Organen. Von Erich Liebmann. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. Folge, 53. Band, Jahrg. 1917, 1. Heft.

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verfasser zu folgendem Schluß:

„Mit Leuchtgas geschütteltes Blut und Blut von mit Leuchtgas vergifteten Tieren behält nach Zusatz von konzentrierter und verdünnter Formaldehydlösung (40 und 20 proz.) seine rote Farbe bedeutend länger als normales Blut, unter Umständen sogar wochenlang. Gewöhnliches Blut nimmt nach Mischung mit Formalin schon nach kurzer Zeit eine schmutzig braune Farbe an. Der Versuch gelingt im Reagenzglas, wie an einem mit Blut getränkten Papierstreifen, der aber möglichst frisch anzuwenden ist. Organe der mit Leuchtgas vergifteten Tiere behalten in 10% Formalinlösung ihre rote Farbe wochenlang. Andere Blutgifte geben die Probe nicht." Rpd.

Ueber Chlorgasvergiftung. Von Dr. O. Kramer, II. Assistent am pathologisch-anatomischen Institut in Basel. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. Folge, 53. Bd., Jahrg. 1917, H. 2.

Verfasser berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von Chlorgasvergiftung bei einem Arbeiter einer chemischen Fabrik, der nur ganz kurze Zeit konzentrierten Chlorgasdämpfen ausgesetzt war. Die Erkrankung setzte akut ein und führte nach einem nur einige Stunden dauernden Intervall relativen Wohlbefindens unter zunehmender Herzschwäche innerhalb 20 Tagen zum Tode. Klinisch bot der Kranke das Bild einer Bronchopneumonie. Pathologisch-anatomisch fand sich eine Thrombose der linken Lungenarterien als unmittelbare Todesursache; außerdem wurden multiple Thrombosen der Lungenarterien mit alten und frischen hämorrhagischen Infarkten, Lungenemphysem und eine diffus über die Lunge verbreitete fibrinöse Pneumonie festgestellt. Bemerkenswert war das frühe Auftreten multipler Thrombosen im kleinen und großen Kreislauf. Rpd.

Zur Prüfung des Lymphatismus des Selbstmörders. Von J. Aug. Hammer-Upsala. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. Folge, 53. Bd., Jahrg. 1917, Heft 2.

In neuerer Zeit sind bekanntlich Namen laut geworden, die dem häufigen Vorkommen von einer im Verhalten des lymphatischen Systems kenntlichen Konstitutionsanomalie, eines Lymphatismus bei Selbstmördern das Wort reden. Auf Grund einer eingehenden Vergleichung der Thymus bei 18 Selbstmördern im Alter von 17 bis 35 Jahren mit der Thymus bei 17 verunglückten Personen im Alter von 16 bis 35 Jahren kommt Verfasser zu dem Schluß, daß weder bei den ersteren, noch bei den letzteren krankhafte Veränderungen oder wesentliche Unterschiede der Thymus nachgewiesen werden konnten. Es ergibt sich daraus die Haltlosigkeit der Ansicht, daß die Thymus des Selbstmörders größer und parenchymatöser als bei anderen Personen sei. Rpd.

Die gerichtsärztliche Begutachtung von Wohnungen. Von Kreisassistenzarzt Dr. v. Hövell-Berlin. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; IV. Folge, 53. Band, Jahrg. 1917, Heft 1.

Eine fleißige und wertvolle Arbeit, die die große Zahl der verschiedenen gesundheitlichen Wohnungsschäden betrifft, die zu einer gerichtsärztlichen Begutachtung Veranlassung geben können. Es werden sowohl diejenigen Fälle besprochen, in denen es sich um die Anfechtung polizeilicher auf Grund des Allgemeinen Landrechts (T. 17, § 10, T. II) und des Polizeigesetzes (§ 6) erlassener Verfügungen vor einem Verwaltungsgericht handelt, als diejenigen, bei denen Streitigkeiten zwischen Mietern und Vermietern vor den ordentlichen Gerichten, Strafprozesse wegen Nichtbeachtung allgemein anerkannter Regeln der Baukunst, Schadenersatzansprüche Angestellter, erheblicher Nachteile, Gefahren oder Belästigungen durch gewerbliche Anlagen usw. die Veranlassung bilden. Betreffs der Einzelheiten müssen wir auf die Abhandlung selbst verweisen; sie hat den großen Vorzug, daß fast alle hier in Betracht kommenden Möglichkeiten sachgemäß behandelt sind. Mit Recht betont Verfasser am Schluß, daß sich in vielen ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Wohnung und Gesundheitsbeschädigung klar nachweisen lassen wird, daß aber der Gerichtsarzt in allen Fällen seinem Gutachten die Erfahrungen der Hygiene zugrunde legen muß. Rpd.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Die Lehre vom pathologischen Rausche. Von Prof. Dr. Raecke-Frankfurt a. M. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; III. Folge, 53. Bd., Jahrg. 1917, Heft 1.

Verfasser teilt zwei Gutachten mit, bei denen es sich darum handelte, ob die Straftaten im Zustande eines sogenannten pathologischen Rausches getan waren und § 51 Str.G.B. in Anwendung zu kommen hatte. Ausschlaggebend für ihn war die Würdigung der Gesamtpersönlichkeit der Angeklagten; mit Recht hebt er deshalb am Schluß seiner Ausführungen hervor, daß zur Feststellung eines krankhaften Rauschzustandes außer Beobachtung der Sympto-

matologie des Rausches stets eine sorgfältige Berücksichtigung der Grundlage gehört, auf der dieser vorgeht. Es handelt sich in der Regel um schwachsinnige oder geistig durch häufige Alkoholexzesse degenerierte Personen, bei denen sich die meist schon nach dem Genuß von geringen Mengen Alkohols die krankhafte alkoholische Bewußtseinsstörung weiter ihre kriminelle Handlung aufbaut. Charakteristisch dafür ist das plötzliche Eintreten dieser traumartigen Bewußtseinstrübung, die während derselben durch wahnhafte Einbildungen und Sinnestäuschungen herbeigeführten motorischen Entladungen, die schließlich zu Taten führen, die dem Verhalten in gesunder Zeit völlig entgegengesetzt sind. Die Störung läuft in verhältnismäßig schneller Zeit und hinterläßt eine mehr oder weniger große Lücke in der Erinnerung. Die Annahme eines pathologischen Rausches ist besonders dann begründet, wenn unmittelbar auf brutalste Gewalthandlungen ein tiefer Schlaf mit unbefangenem Erwachen folgt und die beim Erwachen zurückbleibende Amnesie stets gleich bleibend und scharf umrissen ist. Rpd.

Traumatische Psychosen. Von Privatdozent Dr. K. Hinrichsen, II. Arzt der Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt bei Basel. Schweizerische Rundschau für Medizin; 1917, Nr. 8.

Verfasser faßte seine Ausführungen in folgende Schlußsätze zusammen:

„1. Nach Schädeltraumen bezw. Comotio, Contusio, Compressio cerebri können die mannigfachsten Formen von Geistesstörung ausgelöst (bezw. verschlimmert) oder verursacht auftreten.

2. Progressive Paralyse kann nicht durch ein Kopftrauma verursacht, sondern nur auf metaluetischer Basis unter bestimmten Voraussetzungen (Erheblichkeit des Traumas, Wahrung des zeitlichen Zusammenhanges) ausgelöst oder verschlimmert werden. . . . (Horn).

3. Eine scharfe Grenze zwischen Kommotionsneurosen und Psychosen ist nicht zu ziehen. Nach Abklingen der initialen Kommotionspsychose besteht die Neurose mehr oder minder fort.

4. Kopftraumen können eine lokalisierte Gehirnarteriosklerose verursachen und damit Geistesstörungen von entsprechender Form und Prognose.

5. Die traumatischen Psychosen im engeren Sinne haben die klarste und einfachste Aetiologie, welche wir überhaupt kennen, und zeigen, wo Komplikationen fehlen, einen regressiven Verlauf und ein im großen und und ganzen typisches Symptomenbild. Ob und wie weit es zur Heilung kommt, hängt in reinen Fällen von den durch das Trauma gesetzten Zerstörungen ab.

6. Im ungünstigen Falle entwickelt sich ‚rasch oder allmälich, in der Regel aber binnen Jahresfrist‘ (Horn) eine posttraumatische Demenz.“ Rpd.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Tod durch angeblichen Selbstmord nicht Folge eines 11 Jahre zurückliegenden Betriebsunfalles. Von San.-Rat Dr. Engel.

Ueber den Selbstmord eines Unfallverletzten. Von San.-Rat Dr. Ruhemann. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 14.

Es handelt sich um zwei Fälle aus der Unfallpraxis, bei denen Unfallverletzte Selbstmord verübt hatten und von den Hinterbliebenen Rentenansprüche erhoben wurden mit der Begründung, die Unfallverletzung habe zu geistiger Störung geführt und in dieser sei der Selbstmord verübt. In beiden Fällen wird von den betr. Gutachten überzeugend nachgewiesen, daß keine geistige Störung vorlag, vielmehr die Selbstmörder aus freier Entschließung gehandelt hatten. Dementsprechend lautete die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes auf Abweisung. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Lungentuberkulose und Betriebsunfall. Von Sanitätsrat Dr. Ruhemann-Berlin. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 12.

Ein Arbeiter hatte innerhalb von 8 Jahren 2 Unfälle erlitten, wobei der Kopf verletzt wurde und wonach Nervenstörungen sich einstellten. Im Alter von fast 50 Jahren starb der Verletzte, 6 Jahre nach dem zweiten Unfall an

Tuberkulose. Der behandelnde Arzt nahm einen ursächlichen Zusammenhang des Unfalls mit der tödlichen Krankheit an. Entgegengesetzter Ansicht war Verfasser, der ausführte, daß gegen einen solchen Zusammenhang spreche: das Fehlen einer Verletzung des Brustkorbes bezw. der Lunge, die verhältnismäßig lange Zeit zwischen Ausbruch der Lungenkrankheit und dem Unfall. In diesem Sinne wurde auch die Entscheidung des Reichsversicherungsamts getroffen. Der Fall dürfte nicht zweifelhaft sein.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Der Nackenfurunkel als Unfallskrankheit. Von Geh. San.-Rat Prof. Dr. Ruge. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 14.

Verfasser hat es nicht selten erlebt, daß gerade Aerzte Ansprüche an Unfallversicherungsgesellschaften stellten, weil sie angeblich Nackenfurunkel infolge Unfalls erlitten hatten. An einigen Fällen wird dargetan, daß solche Ansprüche oft unberechtigt sind, weil es sich um kein Unfallereignis handelt. Ueberhaupt ist nach dem Verfasser die Entstehung der Furunkel meist eine solche, daß eine nachweisbare Ursache nicht vorliegt. Im Nacken entstehen furunkulöse Entzündungen ohne eigentliche Läsion, bei völlig unversehrter Haut. Die Furunkulose ist gelegentlich eine Teilerscheinung von schlechter Ernährung des Körpers, sie kann auch als eine Art Idiosynkrasie auftreten. Es ist ein Vorurteil, das beseitigt werden muß, wenn man meint, daß zur Erkrankung an der Oberfläche stets primäre Läsion — die dann als Unfallsverletzung gedeutet wird — gehört. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

D. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Typhus.

Zur Methodik der bakteriologischen Typhusdiagnose. Von Privatdozent Dr. A. Materna in Troppau. Berliner klinische Wochenschrift; 1917 Nr. 24.

Die frühzeitig und nach einer bestimmten Methode ausgeführte Blutkultur erlaubt, besonders wenn man in der Lage ist, sie allenfalls zu wiederholen, allein schon, jeden Typhusfall bakteriologisch rasch und sicher zu diagnostizieren, wobei die Schutzimpfung kein erhebliches Hindernis bietet.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Massenschutzimpfungen anläßlich einer Typhusepidemie. Von Prof. Dr. R. Abel-Jena. Oeffentliche Gesundheitspflege; 1917, Heft 9.

Zur Bekämpfung einer im Herbst 1915 in Jena zum Ausbruch gekommenen schweren Typhusepidemie mit 587 Krankheitsfällen wurden im dortigen Hygienischen Institut Typhusschutzimpfungen in Form von öffentlichen Impfterminen unentgeltlich, jedoch ohne Zwang vorgenommen. Die Zahl der sich dazu freiwillig meldenden Personen betrug 2497, also nur 7 % der Bevölkerung, die Zahl der an ihnen ausgeführten Impfungen 5656; 1256 Personen wurden dreimal, die übrigen dagegen nur einmal (594), bezw. zweimal (647) geimpft. Ob die Schutzimpfungen einen wesentlichen Anteil an dem schnellen Abklingen der Epidemie gehabt haben, läßt Verfasser dahin gestellt. Er ist jedoch der Ansicht, daß neben den sonstigen Abwehr- und Bekämpfungsmitteln die Impfung den einzigen positiven Schutz darstellt, den man den Bedrohten gewähren kann. Ihre Anwendung sei daher namentlich bei Massenausbrüchen und unüberblickbarer Verstreuung des Ansteckungsstoffes sowie bei chronischer Typhuserkrankung in einer Bevölkerung angezeigt. Nach den in Jena gemachten Erfahrungen kann sie auch in einfacher Weise ohne sorgsame gesundheitliche Voruntersuchung der sich zur Impfung meldenden Personen und ohne Besorgnis vor deren etwaiger Schädigung vorgenommen werden. Ob ihre Ausführung allerdings in anderen Orten auch so wenig Kosten wie in Jena verursachen würde (zusammen 177,50 = 3,1 Pfg. für die Impfung) dürfte sehr zweifelhaft sein. Rpd.

2. Ruhr.

Zur anatomischen Diagnose der Ruhr. Von Prof. H. Beitzke. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 26.

Es wird der Sektionsbefund von 3 Fällen unklarer Darmerkrankungen bei Personen, die in der Etappe mit Wegebauten beschäftigt waren, beschrieben. Daß es sich um atypische Ruhr handelte, dafür sprach der Befund: Befallensein des Dickdarms mit Bevorzugung des unteren Teils, die fehlende Beteiligung der Dickdarmlymphknötchen, die Uebergänge und Kombinationen mit typischer Ruhr, der Nachweis von Ruhrbazillen im Darminhalt in einem der Fälle, besonders auch frisches Blut im Mastdarminhalt.

An diese schnell und tödlich verlaufenden Fälle hatten sich typische, weniger schwer verlaufende Fälle angeschlossen.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Untersuchungen über Ruhr. Von Dr. R. Hamburger-Berlin. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 23.

An einem großen Material weist Verfasser nach, daß es unter günstigen Umständen fast stets bei frischen Erkrankungen gelingt, Dysenterie- oder Pseudodysenteriebazillen nachzuweisen, ebenso wie auch bei nicht über eine gewisse Zeit alten Seren Erkrankter spezifische Agglutinine nachgewiesen werden. Praktisch soll der Arzt alle diese Erkrankungen als Ruhr ansehen, gleichgültig, ob der Erreger zur Dysenterie oder Pseudodysenterie zu rechnen ist, wenn nur klinisch die Schwere des Krankheitsbildes erwogen und ihr entsprechend begegnet wird. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

E. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wohnungshygiene.

Vorschlag zur Verbesserung der Mietskasernen. Von Dr. C. Hamburger, Augenarzt in Berlin. Oeffentliche Gesundheitspflege; zweiter Jahrgang, 1917, Heft 5.

Die sogenannten Mietskasernen in den Großstädten haben neben vielen anderen Mißständen vor allem den Mangel, daß ihnen jede Freifläche fehlt, in der sich die Familie außerhalb der vier Wände bewegen kann. Bei der nach dem Kriege wieder einsetzenden Bautätigkeit muß deshalb dafür gesorgt werden, daß die Mietskaserne, mit der zurzeit noch gerechnet werden muß, ihrer schwersten Schäden entkleidet und ihr das gegeben wird, worin ihr das Kleinhaus grundsätzlich überlegen ist. Das läßt sich nach Verfassers Ansicht auf keine Weise leichter erreichen, als durch Einführung von Dachgärten, die den Bewohnern der Mietskasernen die Möglichkeit geben, leicht und bequem ins Freie zu gelangen. Gerade der Aufenthalt im Freien und der damit verbundene wichtige Einfluß von Sonne, Wind und Luft auf den menschlichen Körper sind für die Volksgesundheit in einer großen Stadt, namentlich für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, von größter Bedeutung und deshalb die wichtigste Förderung einer Wohnungsreform. Leider ist in dieser Hinsicht bisher so gut wie nichts geschehen. Wenn auch die Dachgärten weder die Säuglingssterblichkeit noch die Skrofulose vollständig aus der Welt schaffen werden, so sollte die Gesetzgebung doch nicht länger zögern und verlangen, daß beim Umbau alter Mietskasernen sowie bei jedem Neubau ein Dachgarten angelegt werden muß. Der Widerstand gegen diese Neuerung würde zwar zunächst groß sein, aber auch Wasserleitung und Kanalisation, deren gesundheitliche Vorzüge jetzt von keiner Seite mehr bestritten werden, haben erst den lebhaftesten Widerspruch erfahren. Rpd.

---

2. Wasserversorgung.

Die biologische Analyse des Wassers im Dienste der Wasserhygiene. Von Prof. Dr. S. Wilhelmi-Berlin-Dahlem. Oeffentliche Gesundheitspflege; zweiter Jahrgang, 1917, Heft 5.

Die Hydrologie ist noch eine recht junge Wissenschaft; sie hat aber ebenso wie die biologische Wasseranalyse in den letzten Jahren, namentlich durch die Königliche Landesanstalt für Wasserhygiene eine wesentliche Förderung erfahren. Jedenfalls bietet die biologische Wasseranalyse, d. h. die Feststellung

der im Wasser vorhandenen mikro- und makroskopischen Tiere und Pflanzen, die in einem unmittelbaren Abhängigkeitsverhältnis zu der chemischen Beschaffenheit des Wassers stehen, ein wertvolles Hilfsmittel für die Wasserleitung in Verbindung mit der chemischen, physikalischen und bakteriolodischen Wasseruntersuchung. Ihre Ergebnisse gehen an Wert sogar teilweise über die chemische Untersuchung hinaus, da sie nicht bloß die zur Zeit der Untersuchung bestehende Wasserbeschaffenheit offenbaren, sondern den Zustand erkennen lassen, der durch eine längere Zeit hindurch bestehende Wasserbeschaffenheit hervorgerufen ist. Wenn z. B. die Zuleitung von Abwässern zeitweilig ausgeschaltet und infolgedessen ihr nachteiliger Einfluß chemisch, physikalisch oder bakteriologisch nicht mehr nachweisbar ist, wird die biologische Wasseranalyse gleichwohl einen solchen Nachweis noch ermöglichen. Sie ist besonders deshalb berufen, die Einwirkung der Abwässer auf die Oberflächengewässer im einzelnen wieder zu ergründen; sie vermag aber auch für die gesamte Wasserwirtschaft und Wasserhygiene recht Ersprießliches zu leisten. Rpd.

3. Müllverwertung.

Müllverwertung. Von Ing. Kern. Gesundheit 1917. Nr. 11.

Der Verf. empfiehlt das neue Verfahren der D. Müllverwertungs-Gesellschaft in Cöln, das allen hygenischen Anforderungen vollkommen entspricht, die Interessen der Landwirtschaft voll und ganz wahrnimmt und der Stadt einen ansehnlichen Gewinn einbringt. Dr. Wolf-Hanau.

Besprechungen.

Dr. Franz Hitze-M.-Gladbach: Geburtenrückgang und Sozialreform. Volksvereins-Verlag; 1917, Gr. 8°. Preis: 4,50 M.

Die herrschenden Klassen sind in erster Linie für das nationale Unglück verantwortlich und die Aerzte tragen einen Gutteil der Schuld. Die Antikonzeptionsmittel sollten nur in Apotheken gegen ärztliche Ordination zu erhalten sein. — Weg mit dem Standesdünkel, mit aller Großmannssucht. Die ganze unangemessene Länge der Vorbildung unserer Beamten sollte verkürzt werden. Diese Vorbildung ist oft nichts anderes als eine Dressur der Mittelmäßigkeit; der Tüchtige wird künstlich niedergehalten. Das Anfangsgehalt unserer Staatsbeamten ist zu klein. Die Abstufung des Gehaltes und der Wohnungszulage nach der Kinderzahl ist bei den Beamten dringend notwendig. Unsere weibliche Jugend (bes. auch der gesellschaftlich führenden Klassen der Rat) bedarf dringend der besseren häuslichen Ausbildung. Innere Kolonisation ist notwendig.

Diese Sätze sind lediglich angeführt als Beleg für den Ernst der Abhandlung. Wie immer, wenn Hitze arbeitet, hat er die ganze Frage programmartig behandelt. Das Buch ist jedem Amtsarzt zu empfehlen

Dr. Graßl-Kempten.

Dr. med. Hans Hoppeler-Zürich: Woher die Kindlein kommen? Verlag von Orel Füssli. Preis 1 Fr.

Das kleine Büchelchen erzählt in flottem, leichten Stile, der Jugend von 10—12 Jahren verständlich, die Physiologie der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Allen Eltern und Vormündern, die eine sexuelle Aufklärung der Jugend für wünschenswert halten, kann das Heft von 42 Seiten Umfang warm empfohlen werden, wenn manche auch vielleicht die religiösen Ausführungen auf Seite 30 für entbehrlich halten werden.

Dr. Rissmann-Osnabrück.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. Im Petitionsausschuß sind kürzlich von einem Vertreter der Regierung Mitteilungen über die vom preuß. Minister des Innern veranstaltete Umfrage über den **Wert des Salvarsans gemacht.** Danach sind Berichte über 75 000 mit diesem Mittel behandelte Kranke eingegangen; obwohl

sich diese auch auf die erste Zeit der Behandlung erstrecken, in der die dabei zu beachtenden Vorsichtsmaßregeln noch nicht so genau wie auf Grund späterer Erfahrungen festgelegt waren, sind doch nur 16 Todesfälle auf 100 000 Kranke vorgekommen, bei denen ein ursächlicher Zusammenhang mit dieser Behandlung als mehr oder weniger sicher angenommen werden muß. Erblindungen sind nur 0,0013 %, Erkrankungen nur 0,0026 % beobachtet. Als Beweis für die Wirksamkeit der Salvarsanbehandlung wurde auch die außerordentliche Abnahme des Badebesuches in dem früher besonders von Syphilitikern aufgesuchten Bade Aachen hervorgehoben, das jetzt hauptsächlich ein Bad für Rheumatiker geworden ist. Für die Heeresverwaltung hat sich die Salvarsanbehandlung besonders insofern als wertvoll erwiesen, als dadurch namentlich die ansteckenden und deshalb die Kameraden der Kranken gefährdenden Anfangserscheinungen der Krankheit sehr schnell beseitigt werden.

Ueber die **Wirkungen des Krieges auf die Volksgesundheit** äußert sich der Aerzte-Ausschuß Groß-Berlin in einem an sämtliche Aerzte in Berlin gerichteten Rundschreiben wie folgt:

Die einfachere Lebensweise und Kost, das Maßhalten in der Aufnahme von Eiweißkörpern und Fett, die Einschränkung des Genusses von Spirituosen und Tabak ist vielen gesundheitsdienlich gewesen. Stoffwechselkrankheiten, wie Zuckerruhr schwinden oder bessern sich vielfach. Impfärzte und Schulärzte haben einwandfrei festgestellt, daß die erste Jugend keine gesundheitliche Schädigung gegen früher erkennen ließe. Die Kindersterblichkeit ist zurückgegangen. Verheerende Epidemien, wie sie in früheren Kriegen auftraten, haben unsere Bevölkerung nicht ergriffen. Die allgemeine Sterblichkeit ist zwar etwas größer als in Friedensjahren, betrifft aber hauptsächlich ältere Lebensjahre und chronisch Kranke. Auch ist erfreulicherweise die Sterblichkeit in den unbemittelten Kreisen nach der Berliner Statistik nicht höher, als in den besser situierten.

Neue Deutsche Arzneitaxe. Die durch Bundesratsbeschluß festgesetzte mit dem 1. d. Monats in Kraft getretene neue Deutsche Arzneitaxe für 1918 bringt fast überall Erhöhungen. Außerdem ist durch die in den einzelnen Bundesstaaten ergangenen Einführungsverordnungen (in Preußen durch den Erl. vom 28. Dezember v. J.) angeordnet, daß die Apotheker berechtigt sind, bei jeder auf ärztliche Verordnung abgegebenen Arznei einen Teuerungszuschlag von 20 Pfg. zu dem Arzneipreis zu erheben, der jedoch bei Abgabe von fabrikmäßig hergestellten Zubereitungen in Originalpackung nicht berechnet werden darf.

Neue Ausgabe des Deutschen Arzneibuches. Nach einem Rundschreiben des Präsidenten des Kaiserlichen Gesundheitsamts vom 7. Dezember 1917 haben die Vorarbeiten für eine neue Ausgabe des Deutschen Arzneibuchs begonnen. Alle an der Angelegenheit Beteiligten, insbesondere die Herren Aerzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Großhändler und chemisch-pharmazeutischen Industriellen werden gebete, die Wünsche, die sie bezüglich der Neuausgabe des Arzneibuchs hegen, bekanntzugeben, insbesondere auch sich über die auf Grund ihrer Erfahrungen empfehlenswerte Aufnahme neuer oder Streichung offizieller Arzneimittel zu äußern. Vorschläge nebst Begründung sind an das Kaiserliche Gesundheitsamt Berlin NW., Klopstockstraße 18, zu richten.

Berufung. Der in weiten Kreisen, auch unter den Medizinalbeamten sehr bekannte Prof. Dr. **Kaup**, a. o. Prof. der Gewerbehygiene und sozialen Gesundheitspflege in München, früher Hygieniker beim Zentralvorstand für Volkswohlfahrt in Berlin, ist jetzt zum Ministerialsanitätsinspektor in Wien mit dem Titel und Charakter eines Ministerialrats ernannt. Er ist besonders zur Mitarbeit von der Organisation des neuen Ministeriums für Volksgesundheit berufen und soll in diesem die Referate über Volkskrankheiten, Jugend- und Berufshygiene, Kriegsbeschädigtenhygiene, Statistik des Volksgesundheitsamtes, Ausgestaltung der hygienischen Untersuchungsanstalten usw. übernehmen sowie

eine Lehrtätigkeit bei der Ausbildung sozialhygienischer Hilfskräfte (Amtsärzte, praktische Aerzte, Fürsorgepersonal) ausüben.

Am 25. Dezember v. J. ist der älteste aktive Kreisarzt, Geh. Med.-Rat Dr. **Reinhard Koehler** in Landshut (Reg.-Bez. Liegnitz), nach kurzem Krankenlager im 79. Lebensjahre verschieden. Er war im Jahre 1866 approbiert wurde 1879 Kreiswundarzt und ein Jahr später zum Kreisphysikus in Landshut ernannt. Er hatte an den Feldzügen 1866 und 70/71 teilgenommen und damals seine Praxis aufgenommen, um wie er selbst erklärte, „in- und außerhalb seines Berufes zu Nutz und Frommen seiner Mitbürger zu wirken". Dies hat er auch als beamteter Arzt unermüdlich bis an sein Lebensende auf Grund seiner hohen Geistesgaben und seines reichen Wissens mit anerkanntem Erfolge getan; eine formvollendete Art war ihm eigen. — In der städtischen Verwaltung war er Beigeordneter und wurde 1917 nach 25jähriger Tätigkeit im Magistrat Ehrenbürger der Stadt. Jahrzehnte hindurch lag die ärztliche Leitung des Kreiskrankenhauses „Mariannenstift" in seinen Händen und zahlreiche Wohlfahrtsvereinigungen besaßen in ihm einen treuen Förderer. — Bei Beginn des jetzigen Krieges nahm er sein bereits eingereichtes Abschiedsgesuch zurück, um trotz der Bürde seiner Jahre in seinen Aemtern auszuharren und daneben noch weitere Aemter zu übernehmen. Außer anderen hohen Orden während seiner Dienstzeit wurde ihm im Juli v. J. das Verdienstkreuz für Kriegshilfe verliehen. Er war ein kerniger, schlichter und lauterer Charakter, ein stets hilfsbereiter Freund und bewährter Kollege. Ehre seinem Andenken! M.

Vom 23. bis 26. Januar d. J. wird in Berlin (im Langenbeck-Virchow-Hause, NW. 6, Luisenstraße 58/59) eine **gemeinsame Tagung der ärztlichen Abteilungen der Waffenbrüderlichen Vereinigung Deutschlands, Oesterreichs und Ungarns** unter dem Vorsitz von Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner-Berlin, Hofrat Prof. Dr. v. Hochenberg-Wien und Hofrat Prof. Dr. v. Grosz-Pest stattfinden. Den Hauptgegenstand der Tagung bildet: Der Wiederaufbau der Volkskraft nach dem Kriege: Vermehrung und Erhaltung des Nachwuchses, Schutz und Kräftigung der jugendlichen Bevölkerung, Herabsetzung der Sterblichkeit durch zielbewußte Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, insbesondere der Tuberkulose. Am 23. Januar abends: Begrüßung der Vereinigten Berliner Aerztlichen Gesellschaften. Auf der Festsitzung am 24. Januar wird Generalstabsarzt Exz. v. Schjerning über die Bedeutung der Jugendfürsorge für die Wehrkraft sprechen. Die Teilnahme ist nur Mitgliedern gestattet. Beitrittserklärungen (Mindestbeitrag: 5 M.) sind an die Geschäftsstelle, Berlin-Wittenau, zu richten.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. Res. Dr. **Pusch**, Chefarzt eines Feldlazaretts, Kreisarzt und Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes in Danzig.

Kalender für Medizinalbeamte.

Leider hat von dem Kalender für Medizinalbeamte die mit dem Einbinden beauftragte Berliner Großbuchbinderei bisher nur einen kleinen Teil fertigstellen können, weil sie wegen Kohlenmangel ihren Betrieb vorübergehend einstellen mußte. Der Betrieb wird aber im Laufe dieser Woche wieder aufgenommen, so daß die Fertigstellung und Versendung des Kalenders in der zweiten Januarwoche erfolgen kann.

Die Verlagsbuchhandlung.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

31. Jahrgang; Nr. 2.  Ausgegeben am 20. Januar 19

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 2, am Schlusse des Hef

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Medizinalrat: den Regierungsärzten bei den Kaiserlichen Gouvernements Dr. Waldow (Kamerun), Dr. Born (Deutsch-Neuguinea), Dr. Sander und Dr. v. d. Hellen (Togo); — der Titel Professor: den Privatdozenten Dr. H. Rhese in Königsberg i. Pr. und Dr. Hanser in Breslau sowie dem Augenarzt Dr. Fick; — der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Priester, Kreisarzt a. D. in Reppen; — das preußische Kriegsverdienstkreuz: den Mitgliedern des Reichsgesundheitsamtes Geh. Reg.-Rat Dr. Hamel und Reg.-Rat Dr. Roesle.

Versetzt: Die Kreisärzte Dr. Rehberg in Pyritz nach Tilsit, Dr. Beintker in Düsseldorf nach Dramburg, Dr. Kurpjuweit in Swinemünde nach Danzig, Dr. Pflanz von Danzig nach Neukölln, Geh. Med-Rat Prof. Dr. Jores, Direktor des pathologischen Instituts in Marburg in gleicher Eigenschaft nach Kiel.

In den Ruhestand getreten: Med.-Rat Dr. Dietrich, Kreisarzt in Neukölln.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel eines Medizinalrats: den Direktoren der Heil- und Pflegeanstalten Dr. W. Hellerbach in Homburg, Dr. G. Kölb in Erlangen und Dr. S. Hook in Bayreuth.

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Mittenmaier in Heidelberg.

31. Jahrg. 1918.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh Med -Rat in Minden i W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 2. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Jan.

A-Meningokokken als Genickstarreerreger.

Vorläufige Mitteilung von Prof. Dr. med. **Albert Hirschbruch**, Leiter der Kaiserl. bakteriolog. Anstalt für Lothringen, und Reg.-Rat Dr. phil. **Carl Börner**, Mitglied der Kaiserlichen biologischen Anstalt für Land- und Forstwirtschaft.

(Schluß.)

Das Verhalten der A-Meningokokken im bakteriotropen Versuch wird von uns noch studiert werden. Ihre Tierpathogenität ist wie jene der Weichselbaumschen Stämme meist eine recht geringe. Nur der Stamm 33 vom Falle D. zeigte im Mai und Juli d. J. eine bemerkenswerte Virulenz für weiße Mäuse, die mit 2 und 1 Oese intraperitonal geimpft, in etwa $1^1/_2$ Tagen starben. Später (im August d. J.) wiederholte Versuche deuten auf eine rasche Abnahme der Virulenz hin, da sich die mit 2,1 und $^1/_2$ Oese intraperitoneal geimpften Mäuse nach anfangs schweren Krankheitserscheinungen (allgemeine Schläfrigkeit, Lichtscheu und verminderte Freßlust) im Verlauf von 3—4 Tagen erholten. Die Diplokokken ließen sich aus den gestorbenen Mäusen (stets aus dem Blut, in einem Falle auch aus dem Gehirn) wieder herauszüchten, wenn der Tod innerhalb der ersten $1^1/_2$ Tage erfolgte. Eine mit $^1/_{10}$ Oese

geimpfte, 3 Tage später gestorbene Maus enthielt keine lebenden Diplokokken mehr. Unsere diesbezüglichen Versuche können noch nicht als abgeschlossen gelten und werden bei geeigneter Gelegenheit weiter fortgesetzt werden.

Die Frage nach der Bedeutung der inagglutinablen Meningokokken und sonstigen meningokokkenartigen Diplokokken gewinnt nach diesen Feststellungen erneutes und erhöhtes Interesse. Galt bisher, besonders in Deutschland, als Erreger der epidemischen Genickstarre ausschließlich der agglutinable Weichselbaumsche Meningococcus, so ist mit dem beschriebenen Fall D. einwandfrei der Beweis erbracht, daß auch „inagglutinable“ Meningokokken epidemische Genickstarre mit tödlichem Ausgang primär hervorzurufen imstande sind. Daß unser Fall nicht vereinzelt dasteht, dürfte vielleicht aus der Arbeit von Klinger und Fourmann[1]) über die bei einer Epidemie in der Ostschweiz aus dem Liquor Genickstarrekranker gezüchteten atypischen Meningokokken hervorgehen, die in ihrem Verhalten auf Maltoseagar anscheinend weitgehend mit unserem Stamm 33 übereinstimmten und wie dieser im Meningokokkenserum weder Agglutination noch Komplementbindung zeigten. Auch die von M. Wollstein[2]) untersuchten, in England bei Meningitis basilaris posterior gezüchteten meningokokkenähnlichen Diplokokken sind in diesem Zusammenhange zu erwähnen. Indessen wird es sich kaum noch nachprüfen lassen, ob es sich bei dem von Stoevesandt[3]) beschriebenen inagglutinablen Stamm 1427 aus dem Gehirn einer an Genickstarre verstorbenen Frau, aus deren Liquor intra vitam ein agglutinabler Weichselbaumscher Meningokokkus (Stamm 1318) herausgezüchtet war, um einen der Agglutination verlustig gegangenen echten Meningokokkus oder um einen A-Stamm als zweiten Erreger einer Mischinfektion gehandelt hat. Den von Kutscher[4]) erwähnten, aus Lumbalpunktat stammenden, bei 37° nicht, bei 55° schwach agglutinablen Stamm sehen wir mit ihm für einen Meningococcus Weichselbaum an, da unsere A-Stämme durch Meningokokkenserum auch bei 55° nicht spezifisch agglutiniert worden sind.

Weiter haben uns Stephan[5]), Harzer und Lange[6])

---

[1]) Zur Bakteriologie und Prophylaxe der Meningitis epidemica. M. M. W.; 1915, S. 1037.

[2]) A comparative study of the diplococci accurring in epidemic cerebrospinal meningitis and posterior basic meningitis. Journ. exp. Med.; Vol. 11, 1909, S. 579.

[3]) Erfahrungen bei der bakteriologischen Unsersuchung meningitisverdächtigen Materials. C. f. B. O.; Bd. 46, 1908, S. 295 f.

[4]) Ein Beitrag zur Agglutination der Meningokokken. D. M. W.; 1906, S. 1849.

[5]) Ueber eine unter dem Bilde des Meningismus verlaufende Allgemeininfektion mit gramnegativen Diplokokken. M. M. W.; 1916, S. 670.

[6]) Beitrag zur Frage der Differenzialdiagnose von Meningokokken. M. M. W.; 1916, S. 950.

mit inagglutinablen meningokokkenartigen Diplokokken als Erregern gutartig verlaufener Meningismen bekannt gemacht, die aber durch üppiges Wachstum auf gewöhnlichem Nähragar, durch ihr Wachstum auf Gelatine und lange Lebensdauer deutlich sowohl vom Meningococcus-Weichselbaum wie von unserem A-Meningococcus abweichen. Charakteristisch ist für sie anscheinend auch die klare Beschaffenheit des Lumbalpunktats bei den durch sie erzeugten Meningismen im Gegensatz zu dem durch zahlreiche Eiterkörperchen getrübten Punktate der Weichselbaum- und A-Meningitiden. Da es sich bei ihnen anscheinend auch um verschiedene, sich durch ihr Zuckervergärungsvermögen unterscheidende Rassen handelt, dürften sie einer besonderen Bakterienart zuzuzählen sein.

Die Pseudomeningokokken von Friese und Müller[7]), die eine influenzaartige Erkrankung bewirken, in seltenen Fällen aber auch Meningismen oder eine metastatische Meningitis hervorrufen (vergl. Stephan[8]) und Pollag[9]), erwähnen wir hier nur beiläufig, nachdem Stephan[8]) sie als Vertreter des von v. Lingelsheim[10]) beschriebenen Diplococcus mucosus erkannt hat. Die Entdeckungen Stephans haben die von Kutscher[11]) im Hinblick auf diese sogen. Pseudo- oder S-Meningokokken aufgeworfenen Fragen im Sinne ihrer völlig selbstständigen Stellung beantwortet.

Das Vorkommen inagglutinabler Meningokokkenartiger Diplokokken im Nasenrachenraum Gesunder hat schon wiederholt zu Diskussionen über die Differentialdiagnose echter Meningokokken Anlaß gegeben. An erster Stelle sind hier neben den Befunden von Kutscher[11]), in Kolle-Wassermann[12]), Dunham[13]) und von Hancken[14]) die Arbeiten Dopters[15]) und seines Mitarbeiters Pauron[16])

---

[7]) Klin. Jahrb.; Bd. 20, 1909. Siehe auch Sachs-Müke. Jbidem; Bd. 24, 1911.

[8]) Ueber einen neuen Infektionserreger bei epidemischer Influenza. M. M. W.; 1917, S. 257.

[9]) Parameningokokken Meningitis. M. M. W.; 1917, S. 771.

[10]) Die bakteriologischen Arbeiten der Kgl. Hyg. Station zu Beuthen (Oberschl.) während der Genickstarreepidemie in Oberschlesien im Winter 1904/05. Klin. Jahrbuch; Bd. 15; 1906, S. 373.

[11]) Uebertragbare Genickstarre. Im Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Bd. IV., 1912, S. 5-9.

[12]) Untersuchungen über Meningokokken. Klin. Jahrb.; Bd. 15, 1906, S. 507.

[13]) Comparative studies of Diplococci decolorized by Gram's method, obtained from the spinal fluid and from the nases of cases of epidemic cerebrospinal meningitis. Journ. inf. Dis. Suppl., Nr. 2, 1906, S. 10. (Ref. C. f. B. R., Bd. 41, 1908, S. 317.)

[14]) Zur Bakteriologie der Meningokokken. C. f. B. O., Bd. 78; 1916, S. 365.

[15]) La saturation des agglutinines et des précipitines appliquée à la différenciation des méningocoques et des paraméningocoques. C. R. Biol.; T. 77, 1914, S. 157.

[16]) Différenciation des paraméningocoques entre eux par la saturation des agglutinines. C. R. Biol. T. 77, 1914, S. 231).

zu nennen. Dopter hatte gewisse derartige Formen als Parameningokokken bezeichnet und unter ihnen später mit Pauron serologisch drei verschiedene Gruppen festgestellt. Nun stimmen die Angaben dieser Autoren über spezifische Eigenschaften des mit ihren Parameningokokken hergestellten Immunserums, die Wollstein[17]) bestätigt, insoweit mit den von uns für die A-Stämme ermittelten serologischen Eigentümlichkeiten überein, als auch diese gegenüber echten Meningokokkenserum ein spezifisch abweichendes Verhalten zeigten. Da die Mehrzahl unserer A-Stämme ebenso wie die Dopterschen Parameningokokken aus Nasenrachenraum-Abstrichen stammen, läge deshalb gewiß die Möglichkeit vor, daß unsere Stämme einer der drei von Dopter und Pauron[18]) unterschiedenen Gruppen zuzuzählen wären. Wenn wir dennoch unsere Stämme nicht als Parameningokokken bezeichnen, so glauben wir uns dazu einmal deswegen berechtigt, weil auch ganz andere Bakterienformen (Dipl. mucosus) als Paramenigokokken bezeichnet worden sind (s. Stephan[8]), Pollag[9]), eine Anwendung dieses Namens also zu Irrtümern Anlaß geben könnte; sodann sind die Dopter-Pauronschen Parameningokokken nicht einheitlicher Natur und u. W. ohne Zusammenhang mit Fällen epidemischer Genickstarre aufgefunden worden. Entscheidend für unsere Stellungnahme ist aber, daß Dopter zwischen seiner Hauptgruppe und den Meningokokken neuerdings serologische Beziehungen gefunden hat, die unseren A-Meningokokken nicht eigen sind; seine beiden anderen Gruppen unterscheiden sich soger kulturell von den Weichselbaumschen und von unseren Meningokokken. Berücksichtigen wir, daß die Erreger von Meningismen und Meningitiden aus der Gruppe der nicht farbstoffbildenden Diplokokken zweifellos zu sehr verschiedenen Bakterienarten gehören, so erscheint es uns vorteilhaft, diejenigen Stämme, die einander biologisch am ähnlichsten sind, auch namentlich zusammenzufassen. In diesem Sinne bezeichnen wir alle jene Formen, die morphologisch, färberisch und kulturell mit dem Meningococcus Weichselbaum soweit übereinstimmen, daß sie dessen Variationsbereich nicht überschreiten, insbesondere also die im Wachstum zarten, und mehr weniger empfindlichen, Dextrose und (meist auch) Maltose unter Säurebildung vergärenden Stämme als Meningokokken im weiteren Sinne (Diplococcus intracellularis meningitidis s. l.). Diese trennen wir des weiteren vorerst nach ihrem serologischen Verhalten in die Weichselbaumsche Gruppe (Dipl. intracell. men. Weichselbaum) und in die A-Gruppe (Dipl. intrac. men. A.). Ob hierher dann auch die spontan-agglutinierenden meningokokkenartigen Stämme zu rechnen sind, von denen zuerst Kolle und Wassermann[12]) berichtet haben, und die auch uns bei Umgebungsuntersuchungen zu Fällen epidemischer Genickstarre in mehreren

[17]) Parameningococcus and its antiserum. Journ. exper. Med.; Vol. 20, 1914, S. 20.

[18]) Die übertragbare Genickstarre. Klin. Jahrb.; Bd. 23, 1910, S. 363.

Stämmen vorgelegen haben, vermögen wir einstweilen nicht zu entscheiden, halten dies aber für wahrscheinlich, da nach unseren Beobachtungen die Spontanagglutinabilität solcher Stämme nicht immer konstant und anscheinend bis zu einem gewissen Grade vom Zustande des Nährbodens abhängig ist.

Zusammenfassend bringen wir zum Schluß eine Uebersicht der uns bisher als Erreger von Meningismen und Meningitiden bekannt gewordenen nicht farbstoffbildenden Diplokokken:

1. Diplococcus catarrhalis Pfeiffer. Gramnegativ. Vergärt keinen Zucker. Im Lumbalpunktat meist nur als Begleitbakterium.

2. Diplococcus intracellularis meningitidis s. l. Gramnegativ. Vergärt Maltose und Dextrose oder nur Dextrose. Erreger der epidemischen Meningitis. Die Spinalflüssigkeit des Kranken trüb. Im Wachstum zart und mehr weniger empfindlich und kurzlebig.

α. Dipl. intracellularis meningitidis Weichselbaum (im engeren Sinne).
Spezifische Agglutination nur durch homologes Immunserum.

β. Dipl. intracellularis meningitidis A nobis.
Spezifische Agglutination nur durch homologes Immunserum.

3. Diplococcus crassus v. Lingelsheim. Gramzweifelhaft. Vergärt die meisten Zuckerarten. Nicht selten im Nasenrachenraum Gesunder, aber nach Busse Erreger der foudroyant verlaufenden Fälle epidemischer Genickstarre; im Liquor oft in Begleitung von Nr. 2 gefunden.

4. Diplococcus mucosus v. Lingelsheim. Gramzweifelhaft. Vergärt Zucker wie Nr. 2. Im menschlichen Körper im Gegensatz zu den Nr. 1—4 Kapselbildung, Schleimbildung auf einigen Nährböden. Erreger epidemischer Influenza, seltener von Meningismen oder metastischen Meningitiden. Synonym mit ihm sind die Pseudomeningokokken Friese-Müller und Sachs-Mücke, die Parameningokokken Stephans und Pollags und z. T. wahrscheinlich auch Dopters und Paurons.

Ueber den augenblicklichen Stand der Säuglingsfürsorge.

Von Professor Dr. H. Vogt.[1])

Der Krieg, der fast alle menschlichen Betätigungsgebiete von Grund aus umgestaltet, ist auch an der Säuglingsfürsorge nicht spurlos vorübergegangen; er hat neue Verhältnisse geschaffen, hat uns neue Aufgaben gestellt, deren Lösung die Anteilnahme und womöglich die Mitarbeit aller Aerzte erheischt.

---

[1]) Nach einem Vortrag der Mediz. Gesellschaft zu Magdeburg.

Säuglingsfürsorge ist wie alle Zweige der Wohlfahrtspflege bis in die Neuzeit eine Angelegenheit der freiwilligen Liebestätigkeit gewesen, dazu eine, die hinter anderen lange zurückstehen mußte. Solange das kindliche Leben nur gering eingeschätzt, das massenhafte Sterben als ein natürlicher Vorgang angesehen wurde, mit dem man sich abfinden mußte, konnte sich eine wirksame Säuglingsfürsorge schwer entwickeln. Gründlicher Wandel konnte erst dann einsetzen, als die Erkenntnis vom Wert und der Bedeutung des kindlichen Lebens für die Allgemeinheit, den Staat, sich durchgesetzt hatte.

Man hat die Zahl der Menschenleben, die bei uns alljährlich verloren gehen und bei ausreichender Säuglingsfürsorge wahrscheinlich erhalten bleiben könnten, auf rund 200000 veranschlagt, was einer Million in 5 Jahren entsprechen würde. Daß ein solcher Ausfall für das Schicksal des Volksganzen nicht gleichgiltig sein kann, muß jedem einleuchten. Seine Bedeutung wird noch erhöht durch den Geburtenrückgang, der bei uns zwar später als bei anderen Völkern, dafür aber um so heftiger eingesetzt hat.

Ein paar Zahlen nur möchte ich anführen, um die Bedeutung der eben besprochenen Dinge zu beleuchten. Von 1891—1910 betrug der Zuwachs an Einwohnern in Frankreich weniger als eine Million, in England 7 Millionen, in Deutschland über 14 Millionen. In Frankreich nahm die Seelenzahl in den Jahren 1905—10 um 70003 zu, in Deutschland im gleichen Zeitraum um 856901. Wenn solche Unterschiede in der Entwicklung der Bevölkerungsverhältnisse eine längere Zeitspanne hindurch gleichmäßig andauern, so bedarf es keiner blutigen Waffengänge, um über Weltgeltung und Volksschicksal zwischen den beteiligten Völkern zu entscheiden.

Vor falscher Sicherheit bewahrt uns ein Blick auf die Entwickelung der Dinge in den letzten Jahren. In dem Zeitraum 1898—1908 hatten wir eine jährliche Geburtenzahl von über 2 Millionen; vor Ausbruch des Krieges war sie abgesunken auf 1,8 Millionen. Im Jahre 1915 belief sich die Geburtenziffer auf 1416000 und 1916 auf 1103000. Rechnen wir dazu die Einbuße an Gefallenen im Weltkrieg, so haben uns wenige Jahre einen Ausfall von nahe an 4 Millionen Menschen gebracht. Da wird jeder überzeugt sein, daß wir eine wirksame Säuglingsfürsorge zu den lebenswichtigen Aufgaben unseres Volkes rechnen müssen.

Von einer etwas umfassenderen und planmäßigen Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit kann bei uns erst seit dem Beginn des Jahrhunderts gesprochen werden. Einen weithin sichtbaren Ausdruck fand die neue Fassung der Lage in dem von der Kaiserin an die Vaterländischen Frauenvereine gerichteten Handschreiben vom 15. Nov. 1904. Seitdem ist wohl viel und dankenswert gearbeitet worden. Trotzdem hat Tugendreich mit Recht im Jahre 1910 am Schluß seines Handbuchs der Säuglingsfürsorge folgendes Urteil über den Stand der Dinge abgegeben, das wir auch jetzt noch als zutreffend bezeichnen

müssen: „Wir stehen heute zweifellos noch am allerersten Anfang einer geordneten, sachverständig geleiteten, das ganze Reich umfassenden Säuglingsfürsorge. Heute haben wir noch keinen Anlaß zu satter Zufriedenheit; gewiß, manches ist getan, das meiste aber bleibt noch zu tun übrig."

Notwendige Grundlage jeder Säuglingsfürsorge ist die Kenntnis der Lebensbedingungen des Kindes, der Gefahren, die es bedrohen, der Mittel zur Abhilfe. Ohne die mächtig aufstrebende Entwickelung der Kinderheilkunde wäre eine erfolgreiche Fürsorge schwer vorstellbar. Wollen wir weiter kommen, so müssen die Fortschritte der Kinderheilkunde Allgemeingut der Aerzte werden. Der gegenwärtige Zustand darf nicht andauern, wo zahlreiche Aerzte die Hochschule verlassen, ohne daß die Säuglingsernährung und ihre Erfolge am Kinde selbst haben beobachten und verfolgen können. Es berührt eigenartig, wenn in einer Zeit, wo die Erkenntnis von der Notwendigkeit der Säuglingsfürsorge in weiteste Kreise dringt, die Staatsregierung es für richtig befindet, einen der wenigen ordentlichen Lehrstühle für Kinderheilkunde, über die wir in Deutschland verfügen, in einen außerordentlichen zurückzuverwandeln. Werden Forschung und Unterricht in Kinderheilkunde auf den Universitäten und der Fortbildungsunterricht für die Aerzte nach Kräften gepflegt und entwickelt, so bedeutet das gleichzeitig eine Förderung des Säuglingsschutzes.

Der Allgemeinheit kommt das ärztliche Können zunächst in den Mütterberatungsstellen zugute, von denen mit Recht gilt, daß ihr Erfolg in erster Linie von der Befähigung des Arztes abhängt, der darin wirkt. Neben dem Arzt sind weibliche Hilfskräfte in der Fürsorge tätig, die auch Aufklärung und Belehrung in die Bevölkerung hineintragen müssen. Sie brauchen also auch entsprechende Vorbildung, die durch die besten Absichten ehrenamtlicher Kräfte nicht ersetzt werden kann. Bisher fehlte es vielfach an der Möglichkeit, geeignete Hilfskräfte zu beschaffen. Als ich vor mehreren Jahren die Leitung der damals in vieler Hinsicht vorzüglich eingerichteten Städtischen Säuglingsfürsorge in Magdeburg übernahm, war unter den Fürsorgerinnen keine, die eine geregelte Ausbildung genossen hatte. Einen erheblichen Fortschritt brachte der Erlaß des Ministers des Innern vom 31. März 1917 durch den zum ersten Mal eine staatliche Prüfung für Säuglingspflegerinnen vorgesehen wird. Voraussetzung für die Zulassung zur Prüfung ist eine 1 jährige Ausbildung, wovon je $^1/_2$ Jahr auf einer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule und einer ebensolchen Säuglingspflegeschule zugebracht sein müssen. Verlangt wird ferner eine abgeschlossene Volksschul- oder ihr gleichwertige Bildung, Vollendung des 21. Lebensjahres und der Nachweis körperlicher und geistiger Tauglichkeit. Die hier vorgesehene Ausbildungszeit dürfte das Mindeste sein, was verlangt werden muß, soll der Zweck erreicht werden; eine 4 monatliche Ausbildung, wie sie neuerdings für die Säuglingsfürsorgerinnen der

Provinz Sachsen vorgesehen wurde, halte ich für völlig unzulänglich.

Den Hebammen ist insofern eine Ausnahmestellung eingeräumt, als sie bereits nach einem 3 monatigen Lehrgang in einer anerkannten Säuglingspflegeschule zur Prüfung zugelassen werden können, sofern sie eine 9 monatigen Ausbildung einer deutschen Hebammenlehranstalt genossen haben. Ob tatsächlich diese Vorbildung der $^1/_2$ jährigen Lehrzeit in einer Krankenpflegeschule soweit überlegen ist, um diese Bevorzugung zu rechtfertigen, möchte ich dahingestellt sein lassen. In letzter Zeit ist viel darüber gestritten worden, wieweit es nötig und zweckmäßig ist, die Hebammen zur Säuglingsfürsorge heranzuziehen, wie ja überhaupt die Hebammenfrage seit lange auf eine allgemein befriedigende Lösung wartet. Sicher ist, daß die Hebamme, die durch ihren Beruf in nächste Beziehung zur jungen Mutter tritt, von dieser sehr häufig auch wegen des Kindes um Rat angegangen wird. Sie muß deshalb mit dem Stillen Bescheid wissen, muß die Wichtigkeit der Brusternährung aus eigner Ueberzeugung vertreten können und auch vertraut sein mit den Schwierigkeiten, die sich beim Stillen ergeben können und den einfachsten Mitteln zur Abhilfe. Von der Raterteilung über künstliche Ernährung möchte ich die Hebammen ausgeschaltet lassen.

Belehrung der Mütter in Sachen der Säuglingspflege scheitert vielfach daran, daß sie auf völligen Mangel an Verständnis stößt. Der Rat einer Großmutter oder Nachbarin gilt mehr als der des Arztes. Darin würde es besser werden, wenn der Boden durch eine vorherige Schulung der Frauen besser zubereitet wäre. Solange wir keine allgemeine Pflichtvorbildungsschule für die weibliche Jugend haben, wird die Volksschule dafür eintreten müssen. Daß sie es trotz der Jugend der Schülerinnen mit Erfolg kann, scheinen die Erfahrungen zu beweisen, die andernorts und auch bei uns gemacht wurden. Soll die Säuglingspflege dauernd in den Lehrplan des weiblichen Volksschulunterrichts eingefügt werden, so müssen ihn Lehrerinnen übernehmen, die entsprechend vorgebildet sind. Dazu hält Schlossmann, der sich auf eigene Erfahrung stützen kann, eine mindestens 3—4 monatliche Schulung für nötig.

Als Anreiz zum Stillen sind schon seit Jahren Stillgelder in verschiedener Höhe von Gemeinden oder Vereinen ausgesetzt worden. So haben wir hier an stillende Mütter der ärmeren Kreise im Winter von der 5.—15. Lebenswoche des Kindes, im Sommer bis zur 26. Woche je 1 M. wöchentlich ausgezahlt. Daß verhältnismäßig so kleine Beträge doch ihren Zweck erreichen können, lehrt die Erfahrung, daß viele Frauen ihre Kinder genau so lange stillten, als sie Anspruch auf Stillgeld erheben konnten, und mit dessen Wegfall die Kinder sogleich von der Brust absetzten. Vom viel weitreichenderen Einfluß als diese Stillgeldzahlung der Gemeinden, an der aus Ersparnisgründen nur die ärmsten Schichten der Bevölkerung teilhaben

konnten, ist die durch Bundesratsverordnung vom Dez. 1914 eingeführte Reichswochenhilfe. Sie sah zunächst die Zahlung von täglich 50 Pfg. Stillgeld vor an solche Wöchnerinnen, deren Ehemänner Kriegsdienst leisten und in den letzten 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar zuvor mindestens 6 Wochen gegen Krankheit versichert waren. Im April 1915 wurde die Berechtigung zum Empfang von Stillgeld ausgedehnt auf alle minder bemittelten Wöchnerinnen, deren Ehemänner Kriegsdienst leisten oder geleistet haben, ferner auf uneheliche Wöchnerinnen, falls der Vater des Kindes Kriegsteilnehmer ist und das Kind Anspruch auf Familienunterstützung hat, also die Verpflichtung des Vaters zur Gewährung von Unterhalt feststeht.

Ihren vollen Nutzen entfaltet die so wertvolle Einrichtung der Reichswochenhilfe erst dann, wenn die Stillbescheinigungen, wie es bei uns geschieht, nur in den Beratungsstellen ausgegeben werden. Effler hat gezeigt, daß in Danzig die Stillhäufigkeit nach Einführung der Reichswochenhilfe zunächst nicht merklich zunahm. Die unehelichen Kinder, die seit 1902 beaufsichtigt wurden, wiesen mehr Brustkinder auf als die Nachkömmlinge der Kriegerfrauen, Erst als eine Fürsorge für die ehelichen Kinder eingerichtet wurde, kam es auch bei diesen zu einer deutlichen Zunahme der Stillhäufigkeit.

Trotz des Stillgelds und der anderen mit der Reichswochenhilfe verbundenen Zuwendungen ist ein großer Teil der Wöchnerinnen auch jetzt gezwungen, sich bald nach der Entbindung Erwerbsgelegenheit außer Hause zu suchen. Damit entfällt die Möglichkeit für viele, ihr Kind bei sich zu behalten und ganz oder teilweise an der Brust zu nähren. Vom Standpunkt des Säuglingsfürsorge aus verdient die Heimarbeit, die Mutter und Kind nicht auseinanderreißt, trotz anderer Nachteile den Vorzug vor der Arbeit in der Fabrik. Um auch in der Fabrik tätigen Müttern das Stillen zu ermöglichen, haben Portugal 1891, Italien 1902, Spanien 1907 für Fabriken, in denen mehr als 50 Frauen beschäftigt sind, die gesetzliche Verpflichtung zur Einrichtung von Stillstuben geschaffen. Bei uns sind Stillstuben bisher so gut wie unbekannt geblieben. Bei der dauernd zunehmenden Heranziehung der Frauen hat es sich als unumgänglich nötig erwiesen, die Kinder in Tagesheimen, Kinderhorten u. a. unterzubringen. Um auch die Aufgaben der Stillkrippe mit übernehmen zu können, sollten solche Unterkunftsstätten in möglichster Nähe der Hauptarbeitsstätten liegen. Wer Einrichtungen irgendwelcher Art zur gemeinschaftlichen Versorgung von Kindern treffen will, soll sich der Gefahren bewußt sein, die damit verbunden sind. Hat doch bis in neuere Zeit die Versorgung von Kindern in Krankenhäusern als unlösbare Aufgabe gegolten, weil jede Anhäufung von Kindern ohne ausreichende Vorsichtsmaßregeln zu erschreckender Sterblichkeit führt. Ausreichende Räumlichkeiten, genügende Absonderungsmöglichkeit, geschulte Pflegerinnen, sachkundige ärztliche Aufsicht sind

Bedingungen, die erfüllt sein müssen, wenn der mit Tageskrippen u. s. f. erstrebte Nutzen nicht in sein Gegenteil verkehrt werden soll.

An der großen Verbreitung der künstlichen Ernährung sind wir Aerzte nicht schuldlos. Unter dem Eindruck der glänzenden Erfolge der Bakteriologie kam der Glaube auf, daß die Frage der künstlichen Ernährung gelöst sei, daß es nur darauf ankomme, allen Kindern eine zuverlässig keimfreie Milch zu verschaffen. Das war eine Täuschung. Die Einführung des Soxhlethkochers hat sich an der Höhe der Säuglingssterblichkeit nicht wie erwartet, geltend gemacht. Wer gesehen hat, welche Erfolge die künstliche Ernährung Neugeborener unter den denkbar günstigsten Bedingungen heute noch ergiebt, wie groß dabei die Sterblichkeit ist, muß zugeben, daß wir hier noch ungelösten Aufgaben gegenüberstehen.

Die Gefahren der künstlichen Ernährung sind überwiegend an die heiße Jahreszeit gebunden. Während des Winters geht selten ein Säugling trotz künstlicher Ernährung an einer Ernährungsstörung verloren. Mit den ersten heißen Tagen dagegen schnellt die Säuglingssterblichkeit alljährlich in die Höhe. Brustkinder bleiben unberührt von der Sommersterblichkeit. Solange wir nicht allen Kindern den Schutz der Brustnahrung verschaffen können, heißt es, der Gefahren der künstlichen Ernährung womöglich auf anderem Wege Herr zu werden. Wer das Wesen der Schädigung in unmittelbarer Einwirkung der Wärme anf das Kind sucht, wird die Hitze vom Kinde abzuwehren trachten. Liegt die Ursache in Zersetzung der Milch unter Einwirkung der Wärme, wie mir wahrscheinlicher scheint, so gilt es, diese nach Möglichkeit auszuschalten. Auf alle Fälle haben wir Ursache, uns um die Milchversorgung der Großstädte und besonders der ärmeren Bevölkerung zu kümmern, von der jeder, der die Verhältnisse kennt, zugeben wird, daß sie noch so gut wie alles zu wünschen übrig läßt. Von allen wichtigeren Nahrungsmitteln ist die Milch dem Verderben am meisten ausgesetzt. Für viele ansteckende Krankheiten ist sichergestellt, daß sie durch die Milch verbreitet werden können. Nun vergleiche man die Wichtigkeit, die man beispielweise der Wasserversorgung im Vergleich zur Milch zumißt. Eine zur Kinderernährung brauchbare Milch steht einem großen Teil der unbemittelten Kreise in unsern Großstädten nicht zu Gebote. Das muß anders werden, und bei Lösung dieser Aufgabe darf die Kostenfrage angesichts dessen, was auf dem Spiele steht, nicht die entscheidende sein.

Ueberblicken wir zum Schluß noch einmal den Stand der Säuglingsfürsorge im ganzen, so erscheint als dringlichste Aufgabe der nächsten Zeit, die vielen vorhandenen und bewährten Einrichtungen so auszubauen, daß ein wohlgeordnetes Netz entsteht, das lückenlos Stadt und Land umspannt, so daß wir dem Ziel näher kommen, daß fürderhin kein Kind mehr der Fürsorge entbehrt, das ihrer bedarf.

Einige Bemerkungen zu dem ersten im Kaiserin Auguste Viktoria-Hause zu Charlottenburg abgehaltenen ärztlichen Fortbildungskurs für Säuglingspflege.

Von Kreisarzt Dr. Seitz-Lübbecke.

Daß es notwendig ist, sobald wie möglich in größtem Umfange Säuglingsfürsorge zu treiben, ist allseitig anerkannt. Die Frage, wie man Säuglingsfürsorge treiben soll, scheint aber noch in vielen Punkten ungelöst. Dieser Eindruck entstand wenigstens, als auf der vierten Landeskonferenz für Säuglingspflege am 24. November 1917 zu Berlin die Interessen der Krankenkassen und Aerzte, der Hebammen und staatlich geprüften Fürsorgerinnen recht lebhaft aufeinander platzten. Bezüglich der Aerzte, wurden in dieser Versammlung von Herrn Sanitätsrat Dr. Gottstein-Charlottenburg sehr beachtenswerte Ausführungen gemacht.[1]) Er verlangte für die Säuglingsfürsorge in der Großstadt speziell pädiatrisch vorgebildete Aerzte; für mittlere und kleine Bezirke forderte er den Fürsorgearzt im Hauptamt. Bezüglich der Forderung für die Großstadt kann man ohne weiteres zustimmen, ob es aber möglich sein wird, in mittleren und kleinen Bezirken einen Fürsorgearzt im Hauptamt anzustellen, erscheint zunächst fraglich. Allerdings ist gerade in diesen Bezirken eine möglichst gute pädiatrische Schulung des Fürsorgearztes von um so größerer Bedeutung, als es in diesen Bezirken nicht möglich ist, wie in der Großstadt, Spezialärzte und Krankenhausärzte zu Rate zu ziehen. Es weiß auch jeder Praktiker, daß auf dem Gebiete der Säuglingspflege und -fürsorge noch manche Lücken vorhanden sind; ich persönlich habe es erfahren, als ich im Frühjahr 1915 in Lublinitz in Oberschlesien gemeinsam mit dem dortigen Bürgermeister die ersten Versuche in der Säuglingsfürsorge machte. Ich habe es daher freudig begrüßt, als ich Gelegenheit fand, an dem Aerzte-Fortbildungskurs für Säuglingspflege im Kaiserin Auguste Viktoria-Hause als einer der fünf Teilnehmer — 3 praktische Aerzte und 2 Kreisärzte — mich zu beteiligen. Aus dem Kurse habe ich die Ueberzeugung mit nach Hause genommen, daß dieser geeignet ist zur Erwerbung des notwendigen Rüstzeuges für eine ersprießliche Betätigung in der Säuglingsfürsorge. Weil ich nun der Ansicht bin, daß in der Tat letzten Endes mit dem pädiatrischen Können des Fürsorgearztes der Erfolg der Säuglingsfürsorge steht und fällt, so möchte ich mit einigen Worten auf diesen Kurs hinweisen. Er dauerte vom 1.—28. November 1917 und nahm die Teilnehmer täglich von morgens 8½ Uhr bis gegen 4 Uhr nachmittags in Anspruch. Der Morgen begann mit der Visite auf den Krankenstationen und zwar war die Einteilung so getroffen, daß wir uns auf je einer der vier Stationen: 1. Aufnahmestation und Infektionskranke, 2. Frühgeburten und gesunde Säuglinge, 3. kranke Säuglinge, 4. Pri-

[1]) Siehe den Bericht darüber auf Seite 34 dieser Nummer.

vatstation — je eine Woche lang an der Visite des Stationsassistenten beteiligten. Es fand sich dabei Gelegenheit, alle vorhandenen Krankheitsfälle genau zu besprechen. Die Visite dauerte bis gegen zehn Uhr. Es schlossen sich daran der Besuch der Poliklinik, die bis zwölf Uhr dauerte oder aber Demonstrationen am Krankenbett durch Herrn Prof. Dr. Langstein, die besonders instruktiv waren. Mittags von 12—1 Uhr fanden täglich theoretische Vorlesungen statt. Um zwei Uhr begann die Tätigkeit in der Mutterberatungsstelle und Säuglingsfürsorgestelle, die bis gegen 4 Uhr dauerte. Wir hatten Gelegenheit sowohl in Charlottenburg, als auch in einer Berliner Fürsorgestelle, den Betrieb eingehend kennen zu lernen. Schließlich fanden noch abends einige Vorlesungen statt und eventuell Beteiligung an der Abendvisite auf den Krankenstationen. Ferner konnten wir mehrere Säuglingsheime in Berlin und Umgegend besichtigen. Im ganzen bot die Organisation des Kurses eine glückliche Vereinigung von Theorie und praktischer Tätigkeit. Es fand sich im Laufe der vier Wochen reichlich Gelegenheit, an einem großen Krankenmaterial praktische Erfahrungen zu sammeln, auch die meisten technischen Eingriffe wenigstens einmal selbstständig auszuführen. Ein großer Vorteil des Kurses war die Beschränkung der Teilnehmerzahl. Die Zahl läßt gewiß noch eine geringe Erhöhung etwa auf acht zu. Darüber hinausgehen, hieße die Struktur des Ganzen schädigen.

Der Fürsorgearzt im Hauptamt, wie ihn Gottstein fordert, wird meines Erachtens nicht so leicht zu erreichen sein. Bisher liefen auch in mittleren und kleinen Bezirken die Faden der Fürsorgetätigkeit in der Hand des Kreisarztes zusammen. Ebenso wird er auch, falls sein pädiatrisches Können nicht versagt, in der Säuglingsfürsorge wirken können.

Auf Grund der günstigen Einblicke, die mir dieser pädiatrische Kurs eröffnete, möchte ich es für zweckmäßig halten, wenn auch auf den anderen Gebieten — Tuberkulosefürsorge, Fürsorge für Geschlechtskranke — ähnliche Kurse, vielleicht unter Zusammenfassung mehrerer kleinerer Gebiete, eingerichtet würden.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die IV. Preussische Landeskonferenz für Säuglingsschutz am 24. November 1917.

Die Tagung fand im Plenarsitzungssaale des Herrenhauses in Berlin unter dem Vorsitz von Kabinettsrat Dr. v. Behr-Pinnow statt. Ihre Majestät die Kaiserin und Königin und Ihre Kgl. Hoheit die Herzogin Viktoria Luise zu Braunschweig und Lüneburg sowie der Reichskanzler und der Minister des Innern, der Landwirtschaftsminister, der Minister der geistl. und Unter.-Angeleg., das Kaiserliche Gesundheitsamt, die Stadt Berlin, das Braunschweigische Staatsministerium, der Bremische Staat hatten Vertreter entsandt. Außerdem waren zahlreiche Regierungsvertreter, Vertreter der Landesversicherungsanstalten, Krankenkassen, Magistrate, Säuglings-Fürsorgestellen, Wohlfahrtsämter, Vereine und anderen Organisationen anwesend. Nach den Begrüßungsansprachen wurde in die Tagesordnung eingetreten:

I. Die Bereitstellung der Heilbehandlung für die Säuglinge und Kleinkinder durch die Krankenkassen.

a. Der erste Berichterstatter Prof. Dr. **Krautwig**-Köln führte folgendes aus: Die Bedrohung unseres Volkskörpers durch die abnehmende Geburtenziffer, durch die blutigen Verluste des Krieges und die von ihm veranlaßten Gesundheitsschädigungen weiterer Kreise des Volkes macht die bestmöglichste Ausgestaltung der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge zu einer der wichtigsten sozialhygienischen Forderungen der heutigen Zeit. Die Erfolge der Säuglingsfürsorge sind bekannt, wenn auch die erheblich gesunkenen Sterblichkeitsziffern nicht nur das Verdienst dieser Fürsorge sind. Die Säuglingssterblichkeit, die auf einen Stand von 15–16% im Deutschen Reiche herabgedrückt ist, hat im Kriegsjahr 1914 eine geringe Erhöhung, 1915 und 1916 aber eine weitere Herabsenkung trotz aller Kriegseinflüsse gefunden. Der Bestand der Kleinkinder, denen 12-13% der Bevölkerung angehören, hat sich, ebenso wie der Anteil der Säuglinge seit dem Jahre 1900 deutlich vermindert. Ihre gesundheitliche Lage ist gleich der der Säuglinge in weitem Maße abhängig von den sozialen Lebensbedingungen. Dies gilt namentlich für die englische Krankheit mit ihren oft sehr bedeutsamen Schäden des Knochenbaues und der gesamten Lebenskraft und besonders auch für die Tuberkulose, die bereits im Kleinkindesalter in der Ueberzahl der Fälle sich im Körper ansiedelt, wenn auch der schlimme Ausbruch der Krankheit meist erst in ein späteres Alter fällt. Schwere Schäden stiften die Infektionskrankheiten, Masern, Scharlach, Keuchhusten und Diphtherie, die in diesem Alter ihre größte Sterbeziffer erreichen, davon abgesehen aber auch durch schwere und gefährliche Nachkrankheiten an den Sinnesorganen und an der Lunge schlimmen Schaden stiften. Auch bei schweren Erkrankungen fehlt es sehr oft an rechtzeitiger ärztlicher Hilfe.

Die Bereitstellung einer Heilbehandlung für die Kinder der Krankenversicherten durch die Krankenkassen und die Einführung der obligatorischen Familienversicherung, dazu die Beibehaltung der Reichswochenhilfe sind daher dringlich zu fördern. In Ergänzung der ärztlichen Behandlung ist aber die Kleinkinderfürsorge systematisch aufzubauen, und besonders in das Kleinkindesalter hinein vielmehr der Kampf gegen die Tuberkulose zu verlegen als früher, da er hier im Beginn der Erkrankung weit aussichtsvoller erscheint. Jedem kranken und schwachen Kleinkind ist jährlich eine Erholungs- und Gesundungskur auf dem Lande in einfachen Heimen oder auch in besonders zu errichtenden Erholungsheimen zu gewähren und wenn nötig, diese Kur in den folgenden Jahren zu wiederholen. Solche weitgehenden Landkuren für die Kleinkinder sind sicher sehr kostspielig, sie sind aber nötig und werden sich schon durchsetzen. Zu interessieren und beteiligen an den Kosten sind Staat, Landesversicherungsanstalten, Kassen und nicht zum wenigsten die Gemeinden. Die Mittel, die Reich und Staat für die gesundheitliche Fürsorge bisher ausgaben, sind völlig ungenügend. Die Wichtigkeit der gesamten gesundheitlichen Fragen der Jetztzeit verlangt selbständige, verantwortliche Gesundheitsämter in Reich und Staat, geleitet von Fachleuten. Es ist von größter Bedeutung für die Krankheitsverhütung, daß die Aerzte und Krankenkassen, wie die letzten Tagungen der großen Verbände beweisen, der Fürsorgebewegung immer größeres Interesse zeigen.

b. Der zweite Berichterstatter, San.-Rat Dr. **Dippe**-Leipzig, äußerte sich folgendermaßen:

Die Heilbehandlung der Säuglinge müßte mit der Pflege der Mütter beginnen, mit der Sorge für eine ungestörte Schwangerschaft, für eine glatte Entbindung und für die Fähigkeit und Möglichkeit zu ausgiebigem Stillen. Deswegen ist die Uebernahme der, am besten den Krankenkassen anzugliedernden Reichswochenhilfe in die Friedenszeit eine Notwendigkeit.

Als zweites stimmte Redner der Einführung der freien ärztlichen Versorgung aller Angehörigen der gegen Krankheit Versicherten unter der Bedingung zu, daß die Aerzte bei dieser tief in ihr Berufs- und Erwerbsleben einschneidenden Maßnahme genügend berücksichtigt werden. Dies geschieht, wenn dementsprechende Verträge zwischen den Krankenkassen und der Vertretung der Aerzte zustande kommen, und wenn alle Aerzte zur

Krankenkassenpraxis zugelassen werden, die unter den vereinbarten Bedingungen dazu bereit sind.

Mit der Reichswochenhilfe und der freien Familienbehandlung werden die Krankenkassen sich der allgemeinen Säuglings- und Kleinkinderfürsorge auf das beste einfügen und deren Bestrebungen erst die nötige sichere, breite Grundlage geben. Die Aerzte sind zur Mitarbeit auf diesem wichtigen, viel Segen versprechenden Gebiete bereit.

c. Als Vertreter der Krankenkassen sprach **Eduard Graef-Frankfurt a. M.** zu dem Thema:

Alle Fürsorge, Belehrungen usw. zur Erhaltung gesunder Kinder sind oft nutzlos, wenn nicht sofort ärztliche Hilfe dem kranken Kinde gewährt werden kann. Zwei Hauptursachen sind es gewöhnlich, die ärztliche Hilfe oft zu spät rufen lassen. Erstens die Gedankenlosigkeit mancher Mütter, daß die leichte Erkrankung doch wieder bald vorbeigehen würde, zweitens die Scheu vor den Ausgaben für Arzt und Apotheke. Rufen reiche Leute den Arzt oftmals bei jeder Gelegenheit an das Bett des kranken Kindes, so wird in vielen Fällen bei Arbeiterkindern der Arzt oft erst dann gerufen, wenn die Krankheit sehr weit vorgeschritten und ärztliche Kunst versagt. Vor Einführung der Arbeiterversicherung konnte man dies auch bei erwachsenen Personen feststellen, doch ist die Gewährung freier ärztlicher Hilfe, Heilmittel usw. seit Einführung dieser Gesetzgebung sichergestellt und wird auch reichlich Gebrauch davon gemacht. Nur die Familienangehörigen sind von dieser großen Wohltat bisher ausgeschlossen; dadurch ist ein empfindlicher Mangel entstanden, der sich von Tag zu Tag fühlbarer macht, wenn man jedes Menschenleben zu erhalten sucht. Verschiedene Krankenkassen haben sich nun damit beholfen, daß sie die Familienfürsorge gegen Zahlung von Zusatzbeiträgen eingeführt und so große Erfolge erzielt haben. Leider ist dies aber an vielen Orten, speziell auf dem Lande, noch nicht geschehen. Es gilt deshalb dafür einzutreten, daß die Familienhilfe als Regelleistung der Kassen eingeführt wird. Leider haben bisher viele Aerzte diese Einführung durch hohe Honorarforderungen verhindert, so daß diese wichtige Mehrleistung immer wieder vertagt wurde. Erfreulicherweise hat nun die letzte Tagung deutscher Ortskrankenkassen zu Dresden einmütig die Einführung der Familienhilfe gefordert, so daß nunmehr zu erwarten steht, daß an allen Orten Besprechungen mit den Aerzten über diese wichtige Frage stattfinden und ein Ergebnis auch erzielt werden kann. Von den badischen Krankenkassen wird berichtet, daß dort bereits Verhandlungen mit der Aerzteschaft stattgefunden haben und hoffentlich ein Abschluß erfolgen kann. Es muß jedoch gefordert werden, daß außer freier ärztlicher Hilfe auch die Gewährung freier Arznei und Heilmittel sicher gestellt wird, das vom Arzt verordnete Rezept auch wirklich in die Apotheke getragen wird und verordnete teure Heilmittel nicht etwa aus Mangel an Mitteln nicht gekauft werden können. Diese großen Mehrleistungen können aber die Krankenkassen nur tragen, wenn leistungsfähige Organisationen geschaffen und auch erhalten werden, sowie jede Schädigung durch Errichtung von Sonderkassen am Orte verhütet werden kann.

II. Die Stellung von Arzt und Fürsorgerin bei der Organisation der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Berichterstatter Stadtrat Dr. **Gottstein**-Charlottenburg: Die Stellung des leitenden Arztes erfordert eine Reihe von Leistungen, die sich teilweise mit denen des Leiters einer klinischen Abteilung decken, teilweise darüber hinausgehen. Als Vorbildung ist in Großstädten diejenige eines Facharztes für Kinderheilkunde erforderlich; für Landkreise und kleinere Gemeinden ist die Vertrautheit mit den Feststellungen der modernen Kinderheilkunde über Säuglingsernährung, Säuglingspflege usw. unerläßlich. Darüber hinaus bedarf er sozialmedizinischer Kenntnisse, insbesondere über Säuglings- und Mutterschutz. Als Beauftragter einer öffentlichen Körperschaft ist er an seine Dienstanweisung besonders bei der Verwendung der im Haushalt zur Verfügung stehenden Mittel gebunden, in jeder ärztlichen und hygienischen Frage aber unter eigener Verantwortung durchaus selbständig und zugleich der sachverständige Berater und Gutachter der anstellenden Körperschaft. Er hat sich an die Abmachung der vorgesetzten Verwaltungsstelle mit anderen Stellen, wie Generalvormundschaft, Waisenverwaltung, Standesvertretung der Aerzte zu halten, doch soll vor Ab-

schluß der Abmachung seine Aeußerung eingeholt werden. In Großstädten mit selbständiger Säuglings- und Kleinkinderfürsorge hat der ärztliche Leiter den Zusammenhang mit den anderen Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, wie Tuberkulosefürsorge, Wohnungspflege, Waisenverwaltung aufrecht zu erhalten; für kleinere Städte und auf dem Lande bestehen gute Gründe für die Zusammenlegung aller Zweige der Gesundheitsfürsorge unter der Leitung eines Kreisfürsorgearztes. Aber auch in den Großstädten empfiehlt sich die Uebertragung der Aufgaben des Haltekinderarztes an den Leiter der Säuglingsfürsorgestelle des gleichen Bezirkes. Erwünscht wäre die Uebertragung des Rechtes auf ambulante Behandlung, da diese fast ausschließlich eine diätetische ist und da die Ueberweisung von Krankheitsfällen an andere Aerzte häufig eine dauernde Unterbrechung der Säuglingsfürsorge herbeiführt. Da diese Forderung aber gegenwärtig schwer durchführbar ist, wird dem ärztlichen Leiter zweckmäßig die Stellung eines Armenarztes ausschließlich für seine Fürsorgestelle übertragen, um wenigstens die unbemittelten kranken Kinder ambulant behandeln zu können. Der Schwerpunkt seiner Tätigkeit liegt nicht in der Beseitigung bestehender, sondern in der Verhütung drohender Erkrankungen; er hat darum zu beraten und zu belehren und soll dies durch Einzelwirkung, wie durch belehrende Vorträge (Mütterabende usw.) durchführen. Die Tätigkeit kann in großen Städten eine nebenamtliche sein; in kleinen Bezirken, in denen die Säuglingsfürsorge nur einen Teil der gesamten Gesundheitsfürsorge bildet, ist die Tätigkeit des Leiters des gesamten Kreisgesundheitsfürsorge eine hauptamtliche.

Die Fürsorgerin ist in allen allgemeinen Fragen des leitenden Körperschaft vertraglich unterstellt, hat aber in allen ärztlichen und hygienischen Angelegenheiten nur den Anweisungen des leitenden Arztes zu folgen und hier ausschließlich im Rahmen der von ihm erteilten Vorschriften selbständige Handlungen vorzunehmen. Neben ihrer unmittelbaren Aufgabe in der Säuglings-Fürsorgestelle wird ihr zweckmäßig noch die Stellung einer Waisenpflegerin in ihrem Bezirk übertragen. Sie muß bemüht sein, nicht nur die freiwillig sich meldenden Mütter zu versorgen, sondern alle in Betracht kommenden Entbundenen so früh wie angängig nach ihrer Dienstanweisung der Fürsorgestelle zuzuführen; hierbei hat sie nicht gegen die Hebammen, sondern in Einvernehmen mit ihnen zu handeln.

Außer der Vorbildung in Krankenpflege bedarf sie einer solchen als geprüfte Säuglingspflegerin oder Gesundheitsfürsorgerin. Ihre Anstellung erfolgt hauptamtlich mit auskömmlichem Gehalt und Anwartschaft auf Ruhegehalt.

Den Verhandlungen folgte eine besonders lebhafte Aussprache; man darf wohl hoffen, daß die gegebenen Anregungen und Ausführungen der guten Sache von Nutzen sein werden. Dr. Rott-Berlin.

Tagesnachrichten.

Eine Einschränkung der Kongresse und Vereinsversammlungen sowie der Dienst- und Urlaubsreisen wird von dem preußischen Minister für öffentliche Arbeiten durch Erlaß vom 19. November v. J. — allen Oberpräsidenten und Reg.-Präsidenten durch Erl. d. Min. d. I. zur weiteren Veranlassung mitgeteilt — zwecks Entlastung der Eisenbahnen angestrebt, damit diese ihre wesentlichen Aufgaben während des Krieges: der Bedienung des militärischen Verkehrs und der Rüstungsindustrie sowie der Versorgung des Landes mit Lebensmitteln und Brennstoffen, in vollem Maße gerecht werden können. Es sind deshalb alle nicht unbedingt nötigen Reisen zu unterlassen. Zu diesen seien vielfach auch die Reisen zu Kongressen und Vereinsversammlungen zu rechnen, die in letzter Zeit einen recht bedeutenden Umfang angenommen hätten. Es sei daher in geeigneter Weise auf eine Einschränkung der Kongresse und Vereinsversammlungen hinzuwirken und die Dienst- und Urlaubsreisen nach Möglichkeit einzuschränken.

Auf ein an den Reichskanzler unter dem 6. November 1917 gerichtetes Gesuch, von einer **Enteignung der beschlagnahmten im Besitze privater Krankenanstalten befindlichen Bett-, Haus- und Tischwäsche** Ab-

stand zu nehmen, hat die Reichsbekleidungsstelle unter dem 8. Dezember 1917 die Antwort erteilt, daß eine solche nicht beabsichtigt sei, wo die privaten Krankenanstalten noch tatsächlich betrieben werden, es sei denn, daß bei ihnen übermäßige Vorräte angehäuft sind.

In einer am 17. November v. J im Vereinshause Deutscher Apotheker in Berlin abgehaltenen Besprechung, an der sich auf Einladung des Geh. Med.-Rats Dr. Froelich und der Vorsitzende der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft und des Deutschen Apotheker-Vereins eine größere Anzahl Apotheker aus allen Teilen des Deutschen Reiches eingefunden hatte, ist die **Einführung des Reifezeugnisses für den Apothekerberuf** einstimmig als notwendig anerkannt und die Frage, ob die wirtschaftliche Lage der Pharmazie dieser Einführung entgegenstehe, verneint. Bei der Erörterung der Frage, ob die Einführung auch unter Beibehaltung des jetzigen Gewerbesystems möglich sei, sprach sich der Geh. Med.-Rat Dr. Froehlich sowohl gegen die Staatsapotheken, als gegen die Wiedereinführung der verkäuflichen und erwerblichen Konzession aus; dagegen sei ernster als bisher mit der Einführung der Niederlassungsfreiheit zu rechnen unter Ablösung der sog. Idealwerte, die der Apothekerstand selbst in die Hand nehmen müsse, während vom Staate wohl Förderung, aber keine unmmittelbare Betätigung zu erwarten sei.

Den **Vorsitz des Deutschen Zentralkommitees zur Bekämpfung der Tuberkulose** hat der jetzige Staatssekretär des Innern Statsminister Wallraff übernommen.

Am 28. Dezember v. J. hat der Ober-Med.-Rat Dr. **Kindt**, Bezirksarzt in Grimma (Königreich Sachsen) sein **50jähriges Doktorjubiläum** gefeiert. Im Jahre 1868 approbiert, ist er seit 1882 Bezirksarzt in Grimma und seitdem auch Schularzt in der dortigen Forstenschule und am Seminar gewesen. Möge ihm die große körperliche wie geistige Rüstigkeit, die ihm bisher trotz seines hohen Alters vergönnt war und ihm auch während der Kriegszeit die Erfüllung seiner dienstlichen Tätigkeit in vollem Umfange ermöglichte, noch viele Jahre erhalten bleiben!

Der Deutsche Verein für Volkshygiene hält am Mittwoch, den 23. Januar 1918 (vormittags 10 Uhr) in Berlin (im großen Saale des Landeshauses der Provinz Brandenburg, Matthäikirchstraße 20) seine **XVII. Mitglieder-Versammlung** ab. Auf der Tagesordnung stehen außer geschäftlichen Angelegenheiten: Vortrag des Herrn Geheimen Medizinalrats Professor Dr. Rubner (Berlin) über: „Geistige und körperliche Arbeit und ihre Beziehung zur Ernährung“ — und Vortrag des Herrn Ministerialdirektors, Wirkl. Geh. Ober Med.-Rats Prof. Dr. Kirchner über: „Aufgaben und Ziele des Deutschen Vereins für Volkshygiene nach dem Weltkriege.“

Auskunft auf Anfragen erteilt die Geschäftsstelle (Berlin W 30 Motzstraße 7). Eine Geschäftssitzung findet in diesem Jahre nicht statt.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. R. in G.: Wie stehen diejenigen Kreisärzte, die als reaktivierte Militärärzte die kreisärztlichen Geschäfte weiterbesorgen und einen Teil ihres Gehaltes beziehen, bezüglich der Gehalts- und Teuerungszulagen?

Antwort: Die Gehaltszulagen werden wie im Frieden gewährt, jedoch unter Anrechnung von 7/10 der Militärbezüge.

Kriegsbeihilfen und Kriegsteuerungszulagen erhalten die betreffenden Kreisärzte insoweit, als sie sonst geldlich schlechter stehen würden, als die nicht eingezogenen Kreisärzte bei Gewährung der Zuwendungen. Es sind ihnen also die etwaigen Unterschiedsbeträge zu gewähren.

Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

31. Jahrgang; Nr. 3.  Ausgegeben am 5. Februar 1918.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 3, am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Der heutigen Nummer der Zeitschrift ist das **Inhaltsverzeichnis für das Jahr 1917** beigefügt, worauf wir besonders hinweisen.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnung: Verliehen: Das Verdienstkreuz für Kriegshilfe: dem Reg. und Med.-Rat Dr. Ritter in Minden i. W., den Kreisärzten Geh. Med.-Rat Dr. Schlüter in Gütersloh und dem Med.-Rat Dr. Sudhölter in Minden.

Ernannt: Stadtassistenzarzt Dr. Hurck in Barmen zum Kreisarzt in Schlirden, Kreisassistenzarzt San.-Rat Dr. Brieger in Kosel zum Kreisarzt in Landeshut i. Schles. Geh. Med.-Rat Dr. Fröhlich Berlin zum ständigen Hilfsarbeiter bei der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, der prakt. Arzt Dr. Zenker in Kattowitz zum Kreisassistenzarzt daselbst.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Mannkopff in Marburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Edinger in Frankfurt a. M.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: den Titel und Rang eines Geh. Rates: dem ordentl. Professor Geh. Hofrat Dr. v. Heß in München, eines Hofrates: dem Privatdozenten Prof. Dr. Wanner in München, eines Bezirksarztes: den Hausärzten Dr. Steindl bei der Gefangenenanstalt Niederschönfeld, Dr. Götz bei der Strafanstalt Aischach und Dr. Lechner bei der Gefangenenanstalt Laufen, Dr. Kreß bei der Gefangenenanstalt in dem Arbeitshause St. Georgen Bayreuth; — das Verdienstkreuz des heiligen Michael: dem Geh. Hofrat Dr. Kräpelin in München, die dritte Klasse desselben Ordens: den ordentl. Prof. Geh. Hofrat Dr. Enderlen in Würzburg und Dr. E. Graser in Erlangen; — die vierte Klasse desselben Ordens: dem Med.-Rat Dr. Prinzing, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren, Med.-Rat Dr. Wetzel, Bezirksarzt in Nürnberg, ordentl. Prof. Geh. Hofrat Dr. O. Frank, Ober-Med.-Rat Dr. Paul, a. o. Prof. Dr. Rieder in München.

(Fortsetzung der Personalien auf der sechsten Seite des Umschlags.)

31. Jahrg. Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE. 1918.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 3. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Febr.

Das öffentliche Gesundheitswesen in Preußen und die Notwendigkeit seiner weiteren Um- und Ausgestaltung.

Vom Herausgeber.

Seitdem von mir die Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens im Deutschen Reiche besprochen und die Notwendigkeit ihrer Umgestaltung betont ist (s. Nr. 19 dieser Zeitschrift, Jahrgang 1917), ist diese Frage auch vielfach sowohl in Fachblättern, als in politischen Blättern erörtert und von allen Seiten mehr oder weniger die gleiche Forderung: Besonderes Reichsamt für Volksgesundheit bezw. Volkswohlfahrt oder wenigstens eine besondere Abteilung für Volksgesundheit im Reichsamt des Innern mit einem medizinischen Fachmann als Unterstaatssekretär an der Spitze, gestellt worden. Im Reichstage selbst sind diese Bestrebungen allerdings, besonders beim Zentrum und bei den Konservativen, auf Widerspruch gestoßen, der namentlich durch partikularistische Bedenken begründet wurde; trotz dieser Bedenken hat aber der Reichstag einen von der nationalliberalen Partei gestellten Antrag auf Schaffung eines Reichsamts für Wohlfahrtspflege, dem

die Fragen der Sozialpolitik und Bevölkerungspolitik, des Wohnungs- und Siedlungswesens, der Gesundheitspflege und Aufgaben verwandter Art zu überweisen sind, zugestimmt. Der Antrag hat allerdings durch die einleitenden Worte: den Reichskanzler zu ersuchen, für die Zukunft die Errichtung eines solchen Amtes in die Wege zu leiten, eine wesentliche Einschränkung erfahren, die von sozialdemokratischer Seite mit Recht bemängelt wurde; einer in den politischen Blättern später gebrachten Nachricht zufolge scheint aber doch Aussicht vorhanden, daß der auf die Zukunft ausgestellte Wechsel in nicht allzu ferner Zeit eingelöst wird.

Es ist nun auffallend, daß bei Erörterung dieser Frage meist auf die Umgestaltung der Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens im Reiche der Schwerpunkt gelegt und in ihr gleichsam alles Heil für das gesundheitliche Allgemeinwohl des Deutschen Volkes erhofft wird; man übersieht aber dabei, daß das Deutsche Reich ein Bundesstaat ist und demzufolge auch ein künftiges Reichsamt für Volkswohlfahrt oder Volksgesundheit der Reichsverfassung entsprechend nur den Charakter einer Zentralinstanz haben kann, die bei der Ausführung der von ihr als notwendig anerkannten und angeordneten Maßnahmen auf die Einzelstaaten und deren Behörde angewiesen ist. Da in dieser Hinsicht eine Aenderung nicht zu erwarten steht und auch gar nicht erwünscht ist, so ergibt sich daraus die Schlußfolgerung, daß den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege im Deutschen Reiche nur dann im vollen Umfange genügt werden kann, wenn die Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens nicht nur im Reiche selbst, sondern auch in allen Bundesstaaten jenen Anforderungen entspricht. Leider ist dies nicht der Fall; fast überall bestehen in dieser Beziehung Mängel, die in dem einen Bundesstaat mehr, in dem anderen etwas weniger hervortreten und sich im Königreich Sachsen, im Großherzogtum Hessen und in den beiden Hansastädten Bremen und Hamburg am wenigsten bemerkbar machen. Dagegen gehört der größte Bundesstaat, Preußen, zu denjenigen Bundesstaaten, der in bezug auf die Organisation seines öffentlichen Gesundheitswesens noch manches zu wünschen übrig läßt, obwohl dieses gerade in den letzten beiden Jahrzehnten ganz außerordentliche Verbesserung erfahren und vor allem eine Grundlage erhalten hat, auf der mit bestem Erfolg weiter gebaut werden kann. Es bedarf dazu nur des guten Willens der maßgebenden Faktoren sowie der Bereitstellung der dazu erforderlichen Mittel.

Diese Grundlage für den weiteren Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens in Preußen bildet zweifellos das sogenannte Kreisarztgesetz vom 16. September 1899, betr. die Dienststellung des **Kreisarztes** und die Bildung von **Gesundheitskommissionen.** Daß dieses Gesetz einen außerordentlich segensreichen Erfolg für die weitere Entwicklung des ganzen preußi-

schen Medizinal- und Gesundheitswesens gehabt und sich bereits als vorzügliche Grundlage für dessen Ausgestaltung erwiesen hat, ist besonders dem Umstande zu verdanken, daß es s. Zeit mit Hilfe der ärztlichen Mitglieder des Abgeorduetenhauses gelang, in den vorgelegten Entwurf eine Bestimmung hineinzubringen, wonach vollbesoldete Kreisärzte angestellt werden können, falls es besondere Verhältnisse verlangen. Damit war wenigstens ein Weg geschaffen, um schließlich doch zur Vollbesoldung aller Kreisärzte zu gelangen, die sowohl in den „Grundzügen über die Organisation der Medizinalverwaltung", als in dem Gesetzentwurf, betr. „die Aenderung der Medizinalverwaltung" vorgesehen und damals leider infolge des Widerspruches der sogen. Maikonferenz, der beteiligten Ministerien und der konservativen Partei des Landtages fallen gelassen war. Einen noch größeren Einfluß in dieser Hinsicht hat aber die Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901 (jetzt vom 1. September 1909) gebracht, die ursprünglich auf einen vollbesoldeten und vollbeschäftigten Kreisarzt zugeschnitten war und bei Durchführung des Kreisarztgesetzes trotzdem beibehalten oder wenigstens nur in geringfügigen Punkten geändert wurde, obwohl in diesem die Vollbesoldung nur als Ausnahme vorgesehen war. Infolge dieser beiden Umstände, sowie infolge der sich von Jahr zu Jahr steigernden Tätigkeit und des weiteren Ausbaus der Gesetzgebung auf dem Gebiete des öffentliche Gesundheitswesens, namentlich durch das Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900, das Landesseuchengesetz vom 28. August 1905 und die dazu gehörigen Ausführungsbestimmungen vom 15. September 1906 ist es denn auch dahingekommen, daß bei weitem die große Mehrzahl der Kreisärzte durch ihre amtliche Tätigkeit voll in Anspruch genommen ist und keine Zeit mehr zur ärztlichen Tätigkeit übrig hat, deren Ausübung man bei Beratung des Kreisarztgesetzes besonders von konservativer Seite für unbedingt notwendig hielt, damit dem Kreisarzte der grüne Baum des Lebens, die Verbindung mit dem Krankenbette, nicht fehle. Das von dem verstorbenen großen Chirurgen Prof. Dr. v. Bergmann für diese Ansicht in die Debatte der Maikonferenz geworfene alte Sprichwort: „Ein Reiter ohne Pferd, ein Koch ohne Herd, ein Arzt ohne Kranke, für alle drei ich danke", bildete gleichsam das Schlagwort für alle Gegner des vollbeschäftigten und von der Privatpraxis losgelösten Gesundheitsbeamten, die dabei völlig übersahen, daß dessen vornehmste und wichtigste Aufgabe nicht die Heilung, sondern die Verhütung von Krankheiten ist. Die meisten Gegner befürchteten außerdem, daß ein solcher Beamter sich zum verknöcherten Stubengelehrten und Theoretiker entwickeln, in seinem Kreise nach allen möglichen gesundheitlichen Mißständen herumschnüffeln und durch seinen Uebereifer den Gemeinden nur unnötige Kosten, den Polizei- und Verwaltungsbehörden erhebliche Mehrarbeit verursachen würde; auch sei eine zu große

und häufig mit finanziellen Opfern verbundene Belastung des Publikums zu befürchten.

Alle diese Befürchtungen haben sich nun in der Folge als völlig unbegründet erwiesen: Die in den ersten Jahren nach Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes meist von konservativer Seite im Landtage fast regelmäßig erhobenen Klagen über den sogen. Uebereifer der Kreisärzte sind sehr bald verstummt; ihre amtliche Tätigkeit, die früher vielfach auf Mißtrauen und passiven oder aktiven Widerstand stieß, hat immer mehr Anerkennung sowohl bei der Bevölkerung, als bei den beteiligten Behörden gefunden. Von Jahr zu Jahr sind sie immer mehr im wahren Sinne des Wortes die gesundheitlichen Berater ihres Kreises geworden, haben trotz der fehlenden Vollbesoldung ihre Stellung als eine hauptamtliche angesehen und sich bemüht, ihren amtlichen Aufgaben in vollem Umfange gerecht zu werden, vielfach unter Verzichtleistung auf jede ärztliche Praxis. Dies ist auch wiederholt von maßgebender Stelle zum Ausdruck gebracht; trotzdem ist aber der von den Kreisärzten immer wieder von neuem ausgesprochene Wunsch auf Vollbesoldung aller Kreisarztstellen oder wenigstens aller vollbeschäftigten Kreisarztstellen bisher nicht in entsprechendem Maße berücksichtigt worden. In dem neuen Haushaltsentwurf für 1918 ist allerdings zum ersten Male bei einer größeren Zahl (42) von Kreisarztstellen die Umwandlung in vollbesoldete vorgesehen, diese Zahl ist aber immer noch gering gegenüber derjenigen, die nach einer vom Preußischen Medizinalbeamtenverein im Jahre 1906 veranstalteten Umfrage sich als vollbeschäftigt herausgestellt hat. Danach waren damals schon zwei Drittel aller nicht vollbesoldeten Kreisärzte mehr oder weniger vollbeschäftigt; die Abnahme ihrer privatärztlichen Tätigkeit betrug seit Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes durchschnittlich 75 %; 127 übten überhaupt eine ärztliche Tätigkeit nicht mehr aus. Seitdem sind aber die amtlichen Dienstobliegenheiten der Kreisärzte noch weiter gewachsen, namentlich während des Krieges, und werden künftig infolge der ihnen obliegenden Aufgaben auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge noch eine so erhebliche Steigerung erfahren, daß es ihnen voraussichtlich nur noch in ganz kleinen Kreisen möglich sein wird, eine nennenswerte ärztliche Tätigkeit auszuüben. Demgegenüber werden nach dem jetzigen Haushalt auch künftig hin nur 115 von 520 Kreisarztstellen, also nur 22,2 % (!!) vollbesoldet sein! Hier liegt somit ein großer Mangel des preußischen Gesundheitswesens, der schneller Abhilfe dringend bedürftig ist. Während früher die Frage, ob ein Gesundheitsbeamter vollbesoldet oder nicht vollbesoldet und auf ärztliche Privatpraxis angewiesen sei, noch strittig war, haben die seit Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes gemachten Erfahrungen klar und unwiderleglich gezeigt, daß alle diejenigen Recht behalten haben, die wie der Verfasser von allem Anfang an einen vollbesoldeten, im Hauptamt angestellten Gesundheitsbeamten in der Kreisinstanz gefordert haben, damit dieser völlig unabhängig vom

Publikum sich nur seinen amtlichen Verpflichtungen widmen kann, nicht nach rechts und links zu schauen oder zu erwägen braucht, ob er sich nicht etwa bei seinem für die Beteiligten mitunter unbequemen und zu Kosten Veranlassung gebenden Vorgehen in seiner Privatpraxis schaden könnte. Außerdem läßt sich nicht bestreiten, daß ein Gesundheitsbeamter nur dann auf die Unterstützung und Mitarbeit der praktischen Aerzte rechnen kann, wenn er ihnen gegenüber in der ärztlichen Praxis als Konkurrent ausscheidet; eine solche Mitwirkung bildet aber eine der wichtigsten Vorbedingungen für seine amtliche Tätigkeit. Die Vollbesoldung liegt daher nicht nur im Interesse der betreffenden Beamten, sondern noch mehr in dem des öffentlichen Gesundheitswohls. Ihre Durchführung ist aber gerade jetzt um so notwendiger, als das Allgemeinwohl unbedingt eine wirksamere Ausgestaltung der gesundheitlichen und sozialen Fürsorge im Kreise verlangt, die nur dann erreicht werden kann, wenn alle Fäden durch Schaffung eines Kreisgesundheitsamtes in einer Hand zusammenlaufen. Als Leiter dieses Amtes kann aber nur der zuständige Kreisarzt in Frage kommen. Dieses Gesundheitsamt muß den Mittelpunkt aller Fürsorgebestrebungen auf dem Gebiete der Säuglingspflege, des Haltekinderwesens, der Kleinkinder-, Schulkinder- und Jugendfürsorge, der Bekämpfung der Seuchen, insbesondere der Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten, der Trinkerfürsorge, Wohnungsfürsorge usw. bilden, es muß demzufolge auch mit dem erforderlichen Hilfs- und Schreibpersonal ausgestattet sein. Die Vereine, die auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge tätig sind, müssen in einer Form zur Mitwirkung herangezogen werden, daß sie in ihrer Selbstständigkeit nicht beeinträchtigt werden; es wird dies um so leichter gelingen, wenn ihnen dafür die erforderlichen Mittel für ihre Bestrebungen gewährt werden und sie sich diese künftighin nicht mehr wie bisher in mühsamer Weise zusammenbetteln müssen. Aus Vertretern dieser Vereine, sowie aus Vertretern der Krankenkassen und sonstigen geeigneten Personen würde sich auch unschwer ein Beirat für das Gesundheitsamt bilden lassen, der dieses mit seinem sachverständigen Rate unterstützt und die ständige Fühlung mit den Krankenkassen, Vereinen usw. aufrecht hält.[1]) Selbstverständlich würden den Kreisen durch diese Organisation nicht unerhebliche Kosten erwachsen, soweit sie nicht wie bisher vom Staate getragen werden (z. B. Besoldung des Kreisarztes und Dienstaufwand für diesen, der entsprechend erhöht werden muß, da er schon jetzt völlig unzureichend ist). Diese Kosten werden sich aber durch eine wirksamere Fürsorge der Bevölkerung in gesundheitlicher Beziehung mehr als reichlich verzinsen. Ihre Aufbringung dürfte am einfachsten durch eine besondere Gesundheitssteuer erfolgen, wie sie z. B. in Oestereich und Ungarn üblich ist; ärmeren und weniger leistungsfähigen Kreisen müßten zu diesem Zwecke entsprechende

---

[1]) Auf die Einzelheiten dieses Kreisgesundheitsamtes wird mit Rücksicht auf die beiden nachfolgenden Abhandlungen, die sich damit eingehend beschäftigen, nicht näher eingegangen, um Wiederholungen zu vermeiden.

Staatszuschüsse gegeben werden, deren Gewährung aber nicht wie bisher von Bedingungen abhängig gemacht werden darf, die eine solche mehr oder weniger ausschließen.

Zur Durchführung dieser Umgestaltung des Gesundheitswesens in der Kreisinstanz würde allerdings das Kreisarztgesetz einiger Abänderungen bedürfen, die aber wohl kaum auf Schwierigkeiten bei den gesetzgebenden Körperschaften stoßen dürften; denn das Verständnis für die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens ist namentlich in den letzten zehn Jahren derartig gewachsen, daß solche unbegründeten Bedenken und Widerstände wie bei Vorlage des Kreisarztgesetzes jetzt nicht mehr zu befürchten sind.

Mit der Umwandlung der nicht vollbesoldeten Kreisarztstellen in vollbesoldete würde auch endgültig ein Mißstand fortfallen: die große Ungleichheit der Ruhegehälter bei der Pensionierung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte gegenüber den vollbesoldeten, die besonders bei den älteren Kreisärzten zu Tage tritt und hier nicht weniger als 1500 M. beträgt. Dadurch wird die auch im öffentlichen Interesse notwendige rechtzeitige Verabschiedung eines solchen Beamten sehr erschwert, zumal ihm leider bisher auch kein Teil der Zeit vor und nach bestandener staatsärztlicher Prüfung bis zur Anstellung als pensionsberechtigt angerechnet wird. Auch hier bedarf es einer Abänderung zugunsten des Kreisarztes.

Je mehr nun künftighin der Kreisarzt als Gesundheitsbeamter in Anspruch genommen wird, desto mehr tritt die Frage heran, ob er dann entsprechend § 9 des Kreisarztgesetzes auch Gerichtsarzt bleiben kann. In größeren Bezirken wird dies voraussichtlich nicht möglich sein; hier müssen deshalb, wie es bereits jetzt geschehen ist, besondere Gerichtsärzte angestellt werden; es dürfte sich sogar empfehlen, für jeden Landgerichtsbezirk einen solchen Gerichtsarzt zu bestellen, wie dies z. B. in Bayern der Fall ist. Die gerichtsärztliche Tätigkeit dagegen grundsätzlich von der kreisärztlichen zu trennen, erscheint aus praktischen Gründen nicht zweckmäßig, da die Gerichte die Kreisärzte auch sonst nicht gut als gerichtliche Sachverständige entbehren können.

In der **Bezirks- und Provinzialinstanz** hat die Organisation des preußischen Gesundheitswesen bisher so gut wie gar keine Aenderungen erfahren. Bei den „Grundzügen zur Organisation der Medizinalverwaltung“ vom 1896 war eine Umgestaltung auch in diesen beiden Instanzen vorgesehen, insbesondere sollten die Provinzial-Medizinalkollegien fortfallen und an ihre Stelle Provinzialgesundheitsräte treten; auch dem Regierungspräsidenten sollte ein Bezirksgesundheitsrat beigegeben werden; beide Vorschläge fanden aber in der sog. Maikonferenz so wenig Beifall, daß sie fallen gelassen sind. Nur der künftige Fortfall der Provinzial-Medizinalkollegien ist weiterhin im Auge behalten; es sind infolgedessen auch alle bei diesen Kollegien seitdem erledigten Stellen nur kommissarisch

besetzt. Man muß sich eigentlich wundern, daß diese Aufhebung nicht schon längst erfolgt ist; denn wenn es in Preußen *eine* höchst überflüssige Behörde gibt, so ist es das Provinzialmedizinalkollegium. Auf gesundheitlichem Gebiete ist seine Tätigkeit gleich Null und wird nach dieser Richtung hin nur noch ganz ausnahmsweise in Anspruch genommen. Auf gerichtsärztlichem Gebiete liegt ihm die Abgabe von Obergutachten auf Verlangen der Gerichte sowie die Nachprüfung der Obduktionsprotokolle und Gutachten in Entmündigungssachen ob. Was die erstere Tätigkeit anbetrifft, so ist auch diese sehr geringfügig, da sich die Gerichte sehr häufig andere Obergutachter (Universitätsprofessoren, Fachärzte) wählen und mit diesem Verfahren ebenso gute Erfahrungen gemacht haben, wie die Oberversicherungsämter und das Reichsversicherungsamt, bei denen es von jeher üblich gewesen ist. Die Notwendigkeit einer Nachprüfung von Obduktionsprotokollen und Entmündigungsgutachten wird aber von den beteiligten Kreisen mit Recht für nicht mehr nötig erachtet, da die Ausbildung der Kreisärzte auf gerichtsärztlichem Gebiete eine wesentlich bessere geworden und die Ansprüche an ihre Kenntnisse in dieser Hinsicht durch die neue staatsärztliche Prüfungsordnung erheblich gesteigert sind. Tatsächlich ist es auch ein Unicum, daß die Tätigkeit eines Fachmannes einer solchen Nachprüfung durch eine Fachbehörde unterliegt; sie findet bei keinem anderen gerichtlichen Sachverständigen statt, obwohl seiner Begutachtung genau so schwerwiegende Fälle unterliegen können, wie dem gerichtsärztlichen Sachverständigen, wie z. B. dem Chemiker bei Vergiftungen mit tödlichem Ausgang, dem Bausachverständigen beim Einsturz von Häusern usw. Das jetzige öffentliche Verfahren vor den Gerichten, die Berechtigung der Parteien, andere Sachverständige zuzuziehen, bieten auch genügende Sicherheit, Fehlsprüche auf Grund angeblich unrichtiger Gutachten zu vermeiden, ganz abgesehen davon, daß man niemals daran gedacht hat, die Tätigkeit der Gerichtsärzte in anderer Beziehung einer solchen Nachprüfung zu unterziehen, obwohl sie hier, z. B. bei der Abgabe von Gutachten für geistige Unzurechnungsfähigkeit in Strafsachen usw., von gleich großer Bedeutung ist. Wenn deshalb bisher die Provinzial-Medizinalkollegien noch nicht aufgehoben sind, so ist dies sicherlich nur dem Umstande zuzuschreiben, daß man damit bis zur Durchführung der beabsichtigten großen Reform der inneren Verwaltung warten wollte. In welcher Weise diese in der Bezirks- und Provinzialinstanz geplant ist, scheint noch nicht bestimmt entschieden zu sein; nur soviel kann wohl als sicher angenommen werden, daß eine Instanz — Bezirks- oder Provinzialinstanz — künftighin in Fortfall kommen wird. Fällt die Bezirksinstanz fort, so werden dem Oberpräsidenten mehrere Provinzial-Medizinalräte als technische Beiräte beizugeben und einer von ihnen als Ober-Provinzial-Medizinalrat und Abteilungsdirigent zu bestimmen sein. Diese Um-

gestaltung hätte auch den Vorzug, die Beförderungsaussichten der jetzigen Regierungs- und Medizinalräte und damit ihre Stellung den Kreisärzten gegenüber zu verbessern, was um so notwendiger erscheint, weil sonst die Besetzung solcher Stellen mit tüchtigen, ihren wichtigen Aufgaben gewachsenen Persönlichkeiten auf noch größere Schwierigkeiten stoßen dürfte, als dies schon zurzeit der Fall ist. Die Aufgaben der Provinzial-Medizinalräte werden die gleichen sein, wie die der jetzigen Regierungs- und Medizinalräte; ihre Amtstätigkeit wird aber selbstverständlich entsprechend derjenigen der Kreisärzte wachsen; deshalb müßte auch ihre Besoldung höher als jetzt bemessen sein, wo sie, abgesehen von dem Anfangsgehalt (4200 statt 3000 M.), derjenigen der Kreisärzte entspricht.

Statt der bisherigen Provinzial-Medizinalkollegien würde dem Oberpräsidenten ein Provinzialgesundheitsrat als Beirat in hygienischen und gesundheitlichen Fragen beizugeben sein mit dem Oberpräsidenten als Vorsitzenden und dem Ober-Provinzial-Medizinalrat als dessen Stellvertreter. Seine Zusammensetzung müßte aus Vertretern des Aerztestandes (Aerztekammer), der Apotheker (Apothekerkammer), der Landesversicherungsanstalt, der Landwirtschaftskammer, Krankenkassen, Fürsorgevereine, des Hoch- und Wasserbaues usw. bestehen.

Fällt dagegen künftighin die Provinzialinstanz fort, so würde nur insofern eine Aenderung nötig sein, als der Reg.- und Medizinalrat aus den oben angeführten Gründen besser besoldet werden müßte und dem Regierungspräsidenten ein Bezirksgesundheitsrat beizugeben wäre, dessen Zusammensetzung dem des Provinzialgesundheitsrates zu entsprechen hätte.

Ebenso wie bei der Provinzial- und Bezirksinstanz hatte man bei der früher geplanten Umgestaltung des Medizinalwesens an eine solche der **Zentralinstanz** nicht gedacht, eine solche vielmehr von vornherein ausgeschlossen, trotzdem damals ein dringendes Bedürfnis um so mehr vorlag, als für die Abteilung des Medizinalwesens, das zu jener Zeit noch dem Kultusministerium angegliedert war, nicht einmal ein besonderer Ministerialdirektor vorgesehen war. Während aber jene beiden Instanzen, wie wir soeben gesehen haben, mehr oder weniger unverändert geblieben sind, hat die Zentralinstanz seit Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes eine Umgestaltung erfahren, die nächst der Durchführung dieses Gesetzes wohl als der bedeutungsvollste Fortschritt auf dem Gebiete der preußischen Medizinalverwaltung angesehen werden kann. Zunächst hat im Jahre 1904 die damals noch zum Kultusministerium gehörige Medizinalabteilung einen eigenen Ministerialdirektor erhalten, außerdem ist ihre Mitgliederzahl entsprechend ihrem infolge der neuen Gesetzgebung außerordentlich gesteigerten Arbeitsgebiete durch zwei vortragende Räte — einen medizinisch-technischen (1901) und einen Verwaltungsbeamten (1909), durch vier ständige Hilfsarbeiter (je einen Psychiater, Arzt, Apotheker und Nahrungsmittelchemiker)

und durch zwei als Hilfsarbeiter beschäftigte Kreisassistenzärzte erheblich vermehrt. Zu den schon früher errichteten und hauptsächlich der Seuchenbekämpfung dienenden Instituten: dem Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Berlin und dem hygienischen Institut in Posen, sind auf die verschiedenen Provinzen verteilt 11 Medizinaluntersuchungsämter und 2 Medizinaluntersuchungsstellen sowie das Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten in Saarbrücken und vor allem die für die Wasserversorgung, Abwässerbeseitigung usw. sehr wichtige Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem neu hinzugetreten. Die Zentralinstanz hat außerdem in ausgedehntem Maße durch Einrichtung von Fortbildungskursen für die Medizinalbeamten dafür gesorgt, daß diese ständig mit den Fortschritten der hygienischen Wissenschaft und Technik, der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie auf dem Laufenden erhalten bleiben. Der bedeutungsvollste Fortschritt ist aber die im April 1911 erfolgte Abtrennung der Medizinalabteilung vom Kultusministerium, wo sie Jahrzehnte hindurch mehr oder weniger einen Dauerschlaf geschlafen und erst in den letzten Jahrzehnten wie Dornröschen zu neuem Leben erwacht war, und ihre Ueberweisung an das Ministerium des Innern, so wie die bald darauf (am 1. Oktober 1911) erfolgte Ernennung eines ärztlichen Direktors zu ihrer Leitung. Gegen diese Abtrennung sind aus den beteiligten Kreisen mancherlei Bedenken erhoben, obwohl das öffentliche Gesundheitswesen fast in allen deutschen Bundesstaaten und auch in den meisten ausländischen Staaten der inneren Verwaltung zugeteilt ist; von ärztlicher Seite befürchtete man vor allem, daß die Wissenschaft auf gesundheitlichem Gebiete dann nicht mehr volle Berücksichtigung finden würde, eine Ansicht, der man eine gewisse Berechtigung nicht absprechen kann, die aber hinfällig wird, sobald, wie dies erfreulicherweise jetzt der Fall ist, ein Fachmann an die Spitze der Medizinalverwaltung gestellt ist. Er bietet die Sicherheit, daß solche Stagnationen in der Entwickelung des preußischen Gesundheitwesens wie im vorigen Jahrhundert künftighin vermieden und dieses mit den Fortschritten der Wissenschaft wie mit den sich daraus ergebenden praktischen Nutzanwendungen gleichen Schritt oder Tritt hält. Er gibt vor allem auch die Sicherheit, daß die im Interesse der Volksgesundheit notwendige Selbstständigkeit der Medizinalverwaltung den Verwaltungsbehörden gegenüber gewahrt und den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege nach Möglichkeit Rechnung getragen wird. Ein tüchtiger Fachmann wird daher dies Ziel auf Grund seiner ganzen Vor- und Ausbildung viel leichter erreichen, als der Verwaltungsbeamte oder Jurist, der trotz aller Tätigkeit jenen Gebieten gegenüber Laie bleiben wird. Seine Mitwirkung auf gesundheitlichem Gebiete ist selbstverständlich nicht zu entbehren; er muß dem Fachmann ein zuverlässiger verwaltungsrechtlicher und juristischer Beirat sein und ihm gleichsam die

Wege zur Verwirklichung der von ihm im öffentlichen gesundheitlichen Interesse als notwendig befundenen Forderungen ebnen. Jedenfalls sind alle die gegen die Ueberweisung der Medizinalverwaltung an das Ministerium des Innern und an ihre Leitung durch einen Fachmann von mancher Seite gehegten Befürchtungen nicht eingetroffen, sondern das preußische Gesundheitswesen hat seitdem im Gegenteil eine gedeihliche Entwicklung genommen, die nach unserer Ansicht allerdings noch eine größere gewesen sein würde, wenn den Anregungen und den Bestrebungen der Medizinalabteilung noch mehr als bisher stattgegeben wäre, z. B. in bezug auf den dringend notwendigen Ausbau der Seuchengesetzgebung, auf die Umwandlung der nicht vollbesoldeten Kreisarztstellen in vollbesoldete, auf die Schulgesundheitspflege, Gewerbehygiene und das große Gebiet der sozialen Fürsorge und Bevölkerungspolitik. Alles das, was wir in Nr. 19 der Zeitschrift (Jahrg. 1917) über die Notwendigkeit eines besonderen Reichsamtes für Volksgesundheit gesagt haben, gilt auch in bezug auf die Notwendigkeit eines Ministeriums für Volksgesundheit in Preußen mit einem Fachmann an der Spitze; mindestens sollte man aber dem jetzigen Ministerialdirektor die Stellung eines Unterstaatssekretärs geben, damit die Medizinalverwaltung diejenige selbstständige Stellung und Verantwortlichkeit erhält, die ihr bei der großen Bedeutung der Volksgesundheit für die Erhaltung unseres ganzen Staatswesens zukommt.

Von mancher Seite wird hiergegen sicherlich der Einwand erhoben, daß für ein besonderes Gesundheitsministerium ein ausreichendes Arbeitsgebiet nicht vorhanden sei; demgegenüber möge hier kurz der Wirkungskreis des neu errichteten österreichischen Ministeriums für Volksgesundheit mitgeteilt sein, wie er sich aus der betreffenden Regierungsvorlage ergibt. Danach soll das betreffende Ministerium folgende Arbeitsgebiete erhalten:

I. Bekämpfung der Infektions- und Volkskrankheiten (Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Trunksucht u. a.) der Menschen.

II. Mitwirkung in Veterinärangelegenheiten in allen Angelegenheiten, die die Wahrung der Gesundheit des Menschen berühren.

III. Hygiene der Städte (Gemeinden) (Wasserversorgung, Abwässer- usw. Beseitigung, Mitwirkung in gesundheitlicher Hinsicht bei Assanierungsbauten, Bau-, Wohnungs- und Siedlungshygiene, Wohnungsfürsorge und Wohnungsaufsicht; Kurorte, Bade- und Heilquellenwesen).

IV. Verkehrshygiene; Schiffshygiene; Mitwirkung in gesundheitlicher Hinsicht bei Angelegenheiten des Auswandererwesens.

V. Ernährungshygiene (Ueberwachung des Lebensmittelverkehrs in gesundheitlicher Hinsicht, Untersuchungsanstalten der Lebensmittel, Mitwirkung in gesundheitlicher Hinsicht bei allen Angelegenheiten der Volksernährung).

VI. Gesundheitliche Jugendfürsorge (Mütter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, Zieh- und Haltekinderwesen, Schulgesundheitspflege, gesundheitliche Fürsorge und Berufsberatung für die schulentlassene Jugend sowie Fürsorge für deren körperliche Ertüchtigung, Fürsorge für körperlich und geistig minderwertige Jugend, Mitwirkung in gesundheitlicher Hinsicht bei der Fürsorge- und Zwangserziehung).

VII. **Berufs-, Gewerbe- und Unfallshygiene**, besonders mit Rücksicht auf die Verhütung und Bekämpfung von Berufskrankheiten; Regelung und Durchführung des gewerbeärztlichen Dienstes, Mitwirkung in gesundheitlicher Hinsicht bei der Bergbauhygiene und der Hygiene der Staatsbetriebe, sowie bei Angelegenheiten der Sozialversicherung und der Privatversicherung.

VIII. **Behandlung und Pflege der Kranken** (Heil- und Pflegeanstalten, Irrenwesen, Rettungswesen).

IX. **Gefängnishygiene.**

X. **Apothekenwesen** (Verkehr mit Heil-, diätetischen und kosmetischen Mitteln, Giften und gesundheitsgefährlichen Stoffen in und außerhalb der Apotheken.

XI. **Leichenwesen.**

XII. **Gesundheitliche Fürsorge für Kriegsbeschädigte**; Mitwirkung in gesundheitlicher Hinsicht bei Angelegenheiten der Kriegsbeschädigtenfürsorge, bei Schaffung von Kriegerheimstätten, sowie bei Angelegenheiten des Wiederaufbaues der im Kriege zerstörten Gebiete.

XII. **Ausübung ärztlicher Tätigkeit und einschlägiger Hilfstätigkeit** (Aerzte, Pharmazeuten, Hebammen, Krankenpflegepersonen, Fürsorgeschwestern, Desinfektionsgehilfen), deren Aus- und Fortbildung).

XIV. **Strafsachen** in Angelegenheiten des Volkgesundheitswesens mit Ausnahme gerichtlich strafbarer Sachen.

XV. **Statistik des Volksgesundheitswesens.**

XVI. **Organisierung und Förderung der freien Selbsttätigkeit** auf allen Gebieten des Volksgesundheitswesens, insbesondere der in dieser Richtung wirkenden Vereine, Anstalten, Fonds und Stiftungen.

Wahrlich ein gerüttelt und geschüttelt volles Maß von Arbeit für ein Ministerium! Jedenfalls liegt hier ein großzügiger, den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege durchaus entsprechender Plan vor, der sich auch mehr oder weniger für Preußen als nachahmungswert und anwendbar empfiehlt. Desgleichen kann man den Erläuterungen dazu nur beistimmen, in denen die Errichtung des Ministeriums für Volksgesundheit wie folgt begründet wird:

„Mit der Errichtung des neuen Ministeriums für Volksgesundheit wird der öffentlichen Gesundheitspflege im Sinne langjähriger, in der Oeffentlichkeit lautgewordener Wünsche jene **selbständige Stellung und Verantwortlichkeit eingeräumt**, die ihrer Bedeutung für den einzelnen Menschen und für das gesamte Staatswesen entspricht. In der öffentlichen Gesundheitspflege, die allmählich den Entwicklungsgang von der Hilfe für die Kranken zum vorbeugenden Schutze für die Gesunden zurückgelegt hat, ist die sanitär-soziale Richtung immer mehr gegenüber der sanitätspolizeilichen Richtung in den Vordergrund gerückt. Im Sinne dieser Entwicklung tritt zum staatlichen Verwaltungsdienste, der auch weiterhin den Grundstock der öffentlichen Gesundheitspflege bildet, und zu der Wirksamkeit der Selbstverwaltung die freie gesellschaftliche Betätigung, die verständnisvolle Mithilfe der Bevölkerung hinzu. **In steter Fühlung mit der Wissenschaft wird das Ministerium für Volksgesundheit vor allem die Fühlung mit der Bevölkerung nicht verlieren, für die es die Ergebnisse der Wissenschaft in die praktischen Werte der öffentlichen Gesundheitspflege umsetzen soll.** Unterstützung darin wird das Ministerium für Volksgesundheit von seinen Fachräten erhalten, die unter Behebung abträglicher Zersplitterungen einer tunlichsten **Vereinheitlichung** zugeführt werden sollen.

Das Ministerium für Volksgesundheit wird ein Ministerium der Aerzte in dem Sinne sein, daß es in ihnen seine berufenen Mitarbeiter findet, ist aber nach seiner Wirksamkeit kein Ministerium für eine bestimmte Gruppe der Be-

völkerung oder etwa für eine bestimmte Standesgruppe, sondern — wie schon sein Name besagt — ein Ministerium für das ganze Volk. In dem neuen Ministerium sollen alle Betätigungen, die der Volksgesundheit dienen, zusammengefaßt, zentralisiert werden.

In erster Linie übernimmt das Ministerium für Volksgesundheit die Besorgung aller Angelegenheiten der öffentlichen Gesundheitspflege, für die bisher das Ministerium des Innern zuständig war. Auch von den andern Zentralstellen wird eine Reihe von Obliegenheiten dem Ministerium für Volksgesundheit überantwortet, zum Teile allerdings derart, daß dem Ministerium für Volksgesundheit die Aufstellung der Grundsätze der öffentlichen Gesundheitspflege und die Mitwirkung bei der Erlassung und Handhabung der bezüglichen Vorschriften zukommt. Dies gilt für die Verkehrshygiene, für die Bergbauhygiene der Staatsbetriebe und für die Gefängnishygiene; der besonderen Stellung des Eisenbahnwesens mußte durch eine eigene Bestimmung Rechnung getragen werden.

Das Ministerium für Volksgesundheit ist auf einmütiges Zusammenwirken mit den anderen Zentralstellen, insbesondere mit dem so nah verwandten Ministerium für soziale Fürsorge angewiesen. Rasche sachgemäße Geschäftsabwicklung, Vermeidung jedes schwerfälligen umständlichen Aktenverkehrs, Verhütung von sachlichen Uebergriffen, Fernhaltung von Kompetenzschwierigkeiten wird Bedingung einer fruchtbringenden Wirksamkeit sein."

Hoffentlich folgt Preußen recht bald diesem Vorbild! Wenn auch schon jetzt in allen Zweigen der Medizinalverwaltung ein frisches Leben pulsiert, manche Saat gestreut und mancher Keim aufgegangen ist, so liegt ihr doch namentlich nach dem Kriege noch eine ganze Reihe von außerordentlich wichtigen Aufgaben auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung, der Bevölkerungspolitik, der sozialen Fürsorge und auf allen sonstigen Gebieten der öffentlichen Gesundheitspflege ob, deren Lösung ihm nur dann gelingen wird, wenn ihm volle Selbstständigkeit, entsprechende Machtbefugniß und die notwendigen Mittel zur Durchführnng seiner Maßregeln gewährt werden.

Es soll in dieser Hinsicht nicht verkannt werden, daß der jetzige neue Finanzminister scheinbar eine offenere Hand hat und größeres Entgegenkommen gegenüber den Wünschen der Medizinalverwaltung besitzt als seine Amtsvorgänger; dafür sind die Umwandlung von 42 nicht vollbesoldeten Kreisarztstellen in vollbesoldete, die Einstellung von 500000 M. für Beihilfen zur Säuglingsfürsorge, von 150000 M. für Beihilfen zur Tuberkulosebekämpfung und die Erhöhung des zur Unterstützung des Hebammenwesens vorgesehenen Betrages von 100000 M. auf 150000 M. der beste Beweis. Es ist aber nicht nur mit der Einstellung solcher Summen für Beihilfen in den Haushalt getan, sondern es ist auch dafür zu sorgen, daß diese wirklich ausgegeben werden und damit ihren Zweck erfüllen. In dieser Beziehung hat es aber infolge der bisherigen Engherzigkeit des Finanzministeriums außerordentlich gehapert. Was nützen denn alle jene Beträge den Gemeinden usw., wenn die Gewährung von Beihilfen aus ihnen an Bedingungen geknüpft werden, die eigentlich nur ganz verarmte und verschuldete Gemeinden erfüllen. Volkswirtschaftlich ist es doch viel richtiger, wenn man jemand unterstützt, ehe er verarmt, und ihm dadurch seine Leistungsfähigkeit erhält, als daß man so lange wartet, bis er mehr oder weniger leistungs-

unfähig geworden ist. Bei Festhaltung der bisher üblichen Grundsätze ist es auch nicht zu verwundern, daß alljährlich im Haushalt bei den einzelnen Posten der Medizinalverwaltung, z. B. für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, zur Bekämpfung der Granulose usw., von Jahr zu Jahr immer geringere Beträge eingestellt werden mit der Begründung „der Mehrbedarf wird aus den verschiedenen Ersparnissen gedeckt". Um Ersparnisse zu machen, sind die Beträge doch sicherlich nicht in den Haushalt eingestellt und bewilligt. Daraus, daß z. B. der Betrag von 230 000 M., der im vorigen Jahrzehnt auch zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten eingestellt war, schon seit mehreren Jahren auf 100 000 M. gekürzt ist, läßt sich nicht etwa der Schluß ziehen, daß die übertragbaren Krankheiten abgenommen haben und demzufolge ein geringerer Betrag zu ihrer Bekämpfung nötig ist; denn das erstere ist leider keineswegs der Fall. Der Grund dafür ist vielmehr lediglich darin zu suchen, daß die Gewährung von Beihilfen an viel zu strenge Bedingungen in bezug auf Leistungsunfähigkeit und Unterstützungsbedürftigkeit der Gemeinden geknüpft wird; würde dies nicht der Fall sein, dann wäre jedenfalls keine Ersparnis, dafür aber ein wirksamerer Schutz gegen die übertragbaren Krankheiten erreicht sein. Es kann deshalb nicht genug betont werden, daß eine größere Weitherzigkeit bei der Bewilligung solcher Beihilfen dringend erwünscht ist; ein segensreicher Erfolg für die Volksgesundheit wird dann sicherlich nicht ausbleiben!

Folgt Preußen dem österreichischen Vorbilde, dann wird auch eine zurzeit nicht ausreichend vorhandene, aber dringend wünschenswerte Mitwirkung der Medizinalverwaltung bei allen in anderen Ministerien bearbeiteten Angelegenheiten gesichert sein, bei denen gesundheitliche Fragen in Betracht kommen, z. B. auf dem Gebiete der Gewerbehygiene, Fleisch- und Milchversorgung, Bergbau-, Eisenbahn-, Schiffs- und Gefängnishygiene usw. Auch die jetzt verschiedenen Ministerien: dem Handelsministerium, Landwirtschaftsministerium und Ministerium des Innern unterstellten Heilbäder werden besser künftighin nur einem Ressort und zwar der Medizinalverwaltung unterstellt, da sie doch in erster Linie Heilzwecken dienen sollen.

Zum Schluß noch ein Wort betreffs der der Medizinalverwaltung als oberste sachverständige Fachbehörde beigegebenen „Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen", die nach ihrer Geschäftsanweisung vom 9. Oktober 1888 die Aufgabe hat:

1. über alle ihr von dem Minister zur Begutachtung vorgelegten Verhandlungen, Vorschläge oder Fragen sich vom Standpunkte der medizinischen Wissenschaft zu äußern und insbesondere die vom Minister ihr auf Ersuchen der Gerichtsbehörden aufgetragenen gerichtlich-medizinischen Obergutachten zu erstatten;
2. aus eigenem Antrieb dem Minister Vorschläge zur Abstellung von Mängeln zu machen, die nach ihrer Ansicht bei vorhandenen Einrichtungen für die Zwecke der öffentlichen Gesundheitspflege bestehen, auch neue Maßnahmen

in Anregung zu bringen, welche ihr geeignet erscheinen, die Zwecke der Medizinalverwaltung zu fördern.“

Vergegenwärtigt man sich nun die Zusammensetzung der Wissenschaftlichen Deputation (der jeweilige Direktor der Medizinalabteilung als Vorsitzender, die 5 vortragenden Räte der Medizinalabteilung, der Generalstabsarzt der Armee und 13 ordentliche, den verschiedenen Fakultäten der Berliner Universität angehörige Professoren als ordentliche Mitglieder sowie ein Apotheker und Nahrungsmittelchemiker als Hilfsarbeiter und 12 Vertreter der Aerztekammer als außerordentliche Mitglieder, die aber nur bei Beratungen allgemeiner ärztlicher Fragen zugezogen werden), so wird man zugeben müssen, daß die Zusammensetzung der Deputation an sich nicht eine derartige ist, um den ihr gestellten Aufgaben gerecht zu werden. Es ist unseres Erachtens zunächst ein grundsätzlicher Fehler, daß ein und dieselbe Fachbehörde die oberste sachverständige Behörde auf zwei ganz verschiedenen Gebieten bilden soll: Gerichtliche Medizin, Psychiatrie einerseits, öffentliche Gesundheitspflege und Hygiene anderseits, denn wenn auch ihre Mitglieder noch so tüchtige Autoritäten in ihren Spezialfächern sein mögen, so besitzen sie doch nicht oder nur ganz ausnahmsweise die erforderlichen Kenntnisse, die von ihnen bei ihrer Mitwirkung als Obergutachter auf allen anderen in Betracht kommenden Gebieten verlangt werden müssen. Nach außen gelten sie aber kraft ihrer Eigenschaft als Mitglied der höchsten medizinischen Fachbehörde als Autorität und welches Unheil sie dadurch anrichten können, dafür ist das vorher erwähnte Schlagwort Prof. Dr. v. Bergmanns auf der Maikonferenz der beste Beweis. Er war zweifellos einer der tüchtigsten und hervorragendsten deutschen Chirurgen; für die Aufgaben und die Tätigkeit des Gesundheitsbeamten fehlte ihm aber das erforderliche Verständnis, denn sonst hätte er ein solches Schlagwort nicht in die Debatte werfen können. Man sollte deshalb zunächst eine Trennung der Deputation ihren bisherigen beiden Hauptaufgaben entsprechend vornehmen und je eine oberste Fachbehörde für gerichtlich-medizinische Angelegenheiten und für Angelegenheiten des öffentlichen Gesundheitswesens bilden. Bei Durchführung dieser Trennung erscheint es auch zweckmäßig, daß die oberste gerichtsärztliche Fachbehörde dem Justizministerium beigegeben wird und von diesem ihre Aufträge erhält.

Die dann bei der Medizinalverwaltung verbleibende oberste Fachbehörde in hygienischen und gesundheitlichen Angelegenheiten würde aus dem Leiter und den vortragenden Räten der Medizinalverwaltung sowie aus hervorragenden Fachmännern aus den Gebieten bestehen müssen, die für die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege in Betracht kommen, also außer aus Aerzten und Hygienikern auch aus Nahrungsmittelchemikern, Apothekern, Vertretern der Tierarzneikunde, des Hochbaues und Wasserbaues usw. Vor allem sollten

auch einige erfahrene und tüchtige Medizinalbeamte der Kreis- und Bezirksinstanz Mitglieder dieser Behörde sein, die ihrer Aufgabe entsprechend künftighin den Namen „Landesgesundheitsrat“ erhalten müßte. Eine derartig zusammengesetzte Fachbehörde wird sicherlich für die Zentralinstanz von viel größerem Werte sein; sie wird auch einen ganz anderen Einfluß auf die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens in Preußen haben, wie die bisherige Deputation, die in dieser Hinsicht jedenfalls keine großen Lorbeeren gesammelt hat.

Also besonderes Ministerium für Volksgesundheit mit einem Fachmann an der Spitze, Umgestaltung der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen und Schaffung eines Landesgesundheitsrates, Bereitstellung größerer Mittel zum Zwecke der öffentlichen Gesundheitspflege und vor allem größere Weitherzigkeit bei Gewährung von Beihilfen, Beseitigung der Provinzial-Medizinalkollegien, Schaffung eines Provinzial- bezw. Bezirksgesundheitsrates, Aufbesserung der Stellung der Reg.- und Med.-Räte, Vollbesoldung aller Kreisärzte und Errichtung von Kreisgesundheitsämtern, Ausbau der sozialen Fürsorge unter Heranziehung aller bisher auf diesem Gebiete tätigen Vereine, das sind die hauptsächlichsten Forderungen, deren Erfüllung notwendig ist, wenn das preußische Gesundheitswesen künftighin allen infolge des Krieges noch gesteigerten Aufgaben in Bezug auf die Erhaltung und Kräftigung der Volksgesundheit gewachsen sein soll!

Zur Verbesserung des preussischen Gesundheitswesens.

Von Dr. Ascher, Kreisarzt in Harburg a. Elbe., Leiter des Kreisfürsorgeamts.

Als der Wollsteiner Kreisphysikus Robert Koch dem Breslauer Botaniker Ferd. Cohn unter Zurückweisung der Institutsmikroskope mit seinem eigenen, aus Wollstein mitgebrachten, die von ihm gefundenen Milzbrandbazillen zeigte, schickte der zuerst sehr skeptische Professor nach der Klinik die Aufforderung an alle Aerzte, sofort herüberzukommen: Eine neue Epoche der Medizin sei eben eröffnet worden. Diese neue Epoche nahm zunächst ein etwas klägliches Ende; denn der durch die Verwendung von Cohn und des Landrats v. Unruhe-Bomst nach Breslau versetzte Physikus mußte nach knapp einem Vierteljahr nach Wollstein, das glücklicherweise durch v. Unruhe-Bomst offengehalten worden war, zurückkehren, da er mit dem fürstlichen Gehalt von 900 Mark jährlich und den Nebeneinkünften von 15 Mark in diesem Vierteljahr unmöglich seine Familie ernähren und dabei noch botanische, d. h. bakteriologische Studien treiben konnte. In Wollstein war ihm dies möglich; denn hier war der „Kreisphysikus“ nur ein kleines

Nebenamt zu der sehr guten Praxis; denn Koch war aus seiner Rackwitzer Zeit her ein sehr gesuchter Arzt.

Die von Cohn vorausgesagte neue Epoche kam aber doch: Zunächst durch die Berufung von Robert Koch, dem Entdecker des flüssig-festen Nährbodens und damit des Begründers der Bakteriologie, an das Kaiserliche Gesundheitsamt — und nach außen hin durch die Erfolge bei der Cholerabekämpfung in Hamburg. Deutschland war in die Weltwirtschaft etwas stürmisch eingetreten, hatte aber sein Gesundheitswesen dieser Entwicklung noch nicht angepaßt; die noch patriarchalisch regierten Bundesstaaten hatten bisher für den „Menschen" — abgesehen von der militärischen Seite — noch nicht allzuviel übrig, da man immer noch aus dem Vollen schöpfen konnte, während die Kapitalsbildung sich erst zu regen begann.

Nach weiteren Verhandlungen und nach Ueberwindung manches Widerstandes im Landtage wurde in Preußen die Medizinalreform in Gestalt des Gesetzes über die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen durchgeführt. Trotz aller unüberwindbaren Schwächen war in diesem Gesetze wenigstens die Möglichkeit gegeben, daß der dem Verwaltungsbeamten gleichgestellte Kreisarzt in gemeinsamer Arbeit mit den Organen der Kommunalverwaltung eine auf den Erfolgen der naturwissenschaftlichen Gesundheitspflege aufgebaute Gesundheitspraxis ausbaute. Wie die Kreisärzte diese Arbeit aufgenommen haben, ist häufig genug, auch von den zuerst sehr widerwilligen Kritikern des Landtages anerkannt worden. Was die andere Seite betrifft, die Kommunalverwaltung, so soll nicht verkannt werden, daß unter dem Eindruck der Hygiene und der durch die Kathedersozialisten geschaffenen geistigen Atmosphäre, wie auch durch den Druck der Arbeitermassen sehr, sehr viel Gutes geschaffen worden ist. Ueber das Zusammenarbeiten mit dem praktischen Hygieniker, dem Kreisarzt, gibt jedoch vielleicht am besten eine Bemerkung Auskunft, die mir gegenüber der Leiter eines sehr großen Gemeinwesens machte: „Bloß keine Anregungen; Anregungen kosten nur Geld." — Als Ergänzung hierzu muß behufs der Erklärung der nachfolgenden Forderungen eine Diskussionsbemerkung bei dem Wohnungskongreß im Charlottenburger Rathause im Jahre 1913 angeführt werden: Es war schon hier eine Sonderung in technische und gesundheitliche Wohnungsaufsicht von den Wohnungspflegern gefordert worden, sowie die Schaffung eines Beirates für die Wohnungsämter. Dabei war gerade von den nationalökonomisch ausgebildeten Wohnungspflegerinnen darauf hingewiesen worden, daß die technische Seite sehr zurückträte gegen die gesundheitliche. Ich wies demgegenüber auf die Zweckmäßigkeit der Zusammenfassung der fürsorgerischen Maßnahmen in der Form hin, wie ich sie in dem Hammer Fürsorgeamt durchgeführt hatte, und schloß damit, daß alle diese einzelnen Bestrebungen gar nicht notwendig

gewesen wären, wenn man von Anfang an die „Gesundheitskommissionen“ ausgebaut und dem Gesundheitsbeamten eine gewisse Zahl von Hilfspersonen beigegeben hätte. „Allerdings,“ schloß ich, „ist das Gesetz, das die Gesundheitskommissionen für Preußen vorschreibt, vielleicht noch zu neu. Es ist erst 13 Jahre alt.“ Sofort erbat sich der Vertreter einer preußischen Stadtverwaltung das Wort und führte aus, daß unmöglich eine Stadtverwaltung sich diese Einengung ihrer Tätigkeit, wie durch eine Gesundheitskommission, gefallen lassen könne, in der ein Staatsbeamter Sitz und Stimme habe.

Diese Aeusserung gibt in der Tat die richtige Erklärung für das seltene Zusammenarbeiten in der Gesundheitskommission. Da sich diese Lücke aber auch nach dem Kriege nicht schließen wird, da man ferner nicht immer auf die Erfolge der Privatwohltätigkeit warten kann, wie bei der Bekämpfung der Tuberkulose oder der Säuglingssterblichkeit, bleibt eben nichts übrig, als durch Anordnung der gesetzlichen Bestimmungen über die Bildung der Gesundheitskommissionen dem Kreisarzt ein Amt zu schaffen, wie ich es in Hamm in dem Fürsorgeamt für den Stadt- u. Landkreis begonnen habe. Hier ist der Kreisarzt — ehrenamtlicher — Vorsitzender eines Amtes mit Unterbeamten, in dem die sämtlichen Zweige der Gesundheitsfürsorge, einschließlich der Wohnungsfürsorge zusammenlaufen, und von dem aus wieder eine Verteilung nach Ortschaften und Zweigen erfolgt, die jedem Verein und jeder Einzelperson, z. B. den Geistlichen und Lehrern die Möglichkeit gibt, seine Kräfte in den Dienst der gesundheitlichen Fürsorge zu stellen. Das Amt besteht jetzt trotz mannigfaltiger Schicksale seit 7 Jahren; soweit ich beurteilen kann, sind sowohl die Bevölkerung, wie die Behörden nach wie vor mit seiner Tätigkeit sehr zufrieden. Seine Bildung war aber nur dadurch so schnell möglich — im ganzen dauerte es noch kein Vierteljahr, bis ich es ins Leben hatte rufen können — weil keine persönlichen Gegnerschaften vorhanden waren. Sachliche Gründe gegen eine Zusammenfassung der verschiedenen Zweige der Gesundheitsfürsorge gibt es so wenige, daß jetzt dieses System im Großherzogtum Hessen gesetzlich eingeführt werden soll.

Ich bemerke hierzu, daß Beratungsstellen, wie für Tuberkulöse, Alkoholkranke, Säuglinge usw. nicht nur dadurch nicht gehemmt, sondern wie grade im Bezirk Hamm und im Kreise Harburg ins Leben gerufen und mit Rat, Stoff und Kräften versehen werden.

Eine wichtige Grundlage darf nicht vergessen werden: Die Mitarbeiterschaft der Krankenkassen durch einen jährlichen festen Beitrag und die Aufnahme von Vertretern der Krankenkassen in den Vorstand oder Beirat.

Eine weitere Voraussetzung ist die Befreiung des Kreisarztes von der ärztlichen Tätigkeit; denn nur so kann er Vertrauensperson der für unsere Arbeit unentbehrlichen Aerzte werden.

Daß die Bildung des Fürsorgeamtes in Hamm so schnell erfolgen konnte, war auch ein Verdienst des Landrates, Herrn *Schulze-Pelkum*, der, nachdem wir uns über die Grundsätze geeinigt hatten, von jeder Einwirkung sich fern hielt, und des Oberbürgermeister von Hamm, Herrn *Matthaei*, der mit der gleichen Selbstlosigkeit, aber mit der gleichen Hilfsfreudigkeit wie der Leiter des Landkreises, unsere Arbeit begleitete.

Wenn ich hier so viel von mir selbst erzählt habe, so geschah es deshalb, weil ich glaube, daß nach den vielen Erörterungen theoretischer Art über die zu erwartende Medizinalreform, Fürsorgeämter usw., ich Gelegenheit geben wollte, ein solches von vielen erstrebte Amt zu studieren, und durch Befragen der genannten Persönlichkeiten sich selbstständig ein Urteil zu bilden. Auch der jetzige Leiter, Herr Medizinalrat Dr. *Bachmann* wird, wie ich weiß, gern Auskunft geben, und dabei nicht die *Lücken* und *Mängel* beschönigen.

Diese sind in der Hauptsache nach meiner Erfahrung folgende: Die *Beschaffung des Geldes* auf dem Wege des „Bettels"; denn, wie man auch die Eingaben an die Behörden, die Träger der Versicherung usw. bezeichnen mag, in letzter Linie sind sie mehr oder minder verhüllte Betteleien, ein Zustand. der sehr vielen von vornherein die Tätigkeit verleidet, und der die Gefahr einer Minderung des Ansehens des Staates — nicht unserer Person — in sich schließt. Ein zweiter Mangel ist die *Geringfügigkeit der Mittel*, die es nicht ermöglicbt, die nötige Anzahl von Hilfskräften für die sich mehrenden Arbeiten anzustellen, die Sicherheit der vorhandenen zu gewährleisten und dadurch das Wegziehen von gut eingearbeiteten zu verhindern, ohne gleichzeitig der Unterstützung von Bedürftigen die Mittel zu entziehen.

Ein fernerer Mangel ist die *Unbestimmtheit des Ausdruckes „Fürsorgeamt"*, da Reibungen mit fürsorgerischen Bestrebungen auf anderen Gebieten unvermeidlich sind. Deshalb sollte man nicht von einem Fürsorgeamt oder dem noch unbestimmteren „Wohlfahrtsamt" sprechen, sondern lediglich von einem „*Gesundheitsamt*", mit einem „Gesundheitsrat" an der Spitze. Dann wissen auch die großen Stadtverwaltungen, die nach dem gleichen Muster sich Aemter bilden wollen, um was es sich handelt. — Weder der „Sanitätsrat", noch der „Medizinalrat" sind die geeigneten Bezeichnungen; „Sanitätsrat" wird, wer nichts mit dem Sanitätswesen, „Medizinalrat", wer nichts mit der Medizin zu tun hat. — Warum sagen wir nicht auf deutsch, was wir meinen? Uebersetzen ja doch die Niederländer den „Kommerzienrat" in „Handelsrat", was wirklich nicht schlecht klingt und den Vorteil der Verständlichkeit und Richtigkeit hat.

Ein weiterer Mangel ist die *außergesetzliche Art des Amtes*, die bei jedem Stellenwechsel des Leiters die Gefahr des Zusammenbruchs in sich schließt, die dadurch noch eine weitere Schwäche hat, daß die Arbeit in den verschiedenen Zeiten und

Orten ungleichartig wird, wodurch der Vergleich, die Grundlage aller sozialwissenschaftlichen Arbeit, unmöglich gemacht wird.

Wenn ich demnach aus meinen Erfahrungen einen Schluß ziehen darf, so wäre es folgender: Schaffung eines Gesundheitsamtes für jeden Kreis, oder, wie in Hamm für Stadt und Land gemeinsam, mit einem vollbesoldeten und vollbeschäftigten Beamten an der Spitze und einem gesundheitlich und fürsorgerisch ausgebildeten Hilfspersonal, das sich in ebenfalls gesicherter Stellung befinden muß. Uebertragung der gesamten Gesundheitspflege und Gesundheitsfürsorge an dieses Amt, einschließlich der gesundheitlichen Wohnungsaufsicht, während die geringfügige technische Wohnungsaufsicht und die wirtschaftliche und bauliche Seite den Wohnungsämtern überlassen bleiben kann.

Für die großen Stadte muß eine besondere Abmachung getroffen werden, damit die vorhandenen Einrichtungen erhalten bleiben, ohne daß die Leiter gezwungen werden, noch das Kreisarztexamen zu machen, und doch ein Ausbau des Gesundheitswesens ermöglicht wird. Dazu ist aber auch die Gesundheitspolizei ihnen zn überlassen, damit nicht durch Kompetenzstreitigkeiten die Arbeit verhindert wird; also Abschaffung der Gesundheitskommissionen in der bisherigen Form. Was Antwerpen zugebilligt werden konnte, haben die deutschen Städte erst recht zu fordern, nämlich Ueberlassung des ganzen Gesundheitswesens an sie, nicht bloß des technischen und der Gesundheitsfürsorge. Eins ist aber ganz besonders wichtig: Hinzuziehung des Reichsversicherungswesens in den Beirat der Gesundheitsämter, denn nur so können wir Einfluß auf diejenigen Kreise der Bevölkerung gewinnen, denen unsre Hauptarbeit zugute kommt. War die Schaffung der „Gesundheitskommission ein Zugeständnis an den dritten Stand, so seien die Beiräte ein solches an alle Stände, ganz besonders an die Arbeiter.

Was nun die Kosten betrifft, so rechne ich auf Grund der Erfahrungen in Hamm und in Harburg auf je 30000 Einwohner eine Hilfskraft, für dle an Gehalt und Versicherungsbeiträgen 3000 M. jährlich aufzubringen wären; hierzu kämen an Reisekosten, ferner für einen Beitrag zu den Mietskosten des Kreisarztes, Auslagen für Schreibmaterialien usw., sowie in Zukunft auch eine Entschädigung an den Kreisarzt für die Uebernahme der neuen Geschäfte zusammen ebsnfalls 3000 M., so daß auf 30000 Einwohner 6000 M., oder auf den Kopf der Bevölkerung 20 Pfg. kämen. Wenn man bedenkt, daß wir allein für die eine halbe Milliarde Krankheitstage der 15- bis 75jährigen Bevölkerung etwa $2^1/_2$ Milliarde Mark jährlich in Deutschland an Verlust zu buchen hatten, so sind die Kosten von 20 Pfg. auf den Kopf für Krankheitsverhütung wirklieh recht unbedeutend. Hierfür wären in erster Linie die Besuche in den Wohnungen zu leisten; und Beratungsstellen

einzurichten, an denen diese Hilfskräfte natürlich teilzunehmen hätten. Es müßten zu deren Unterstützung noch weitere Kräfte gestellt werden: ehrenamtliche oder halbbesoldete. Hierfür, wie für die übrigen Aufgaben der Gesundheitsfürsorge aufzukommen, wäre nicht mehr Aufgabe des Staates; hier ist auch das eigentliche Feld der Vereinstätigkeit wie der kommunalen.

Dies wären die Grundzüge einer Verbesserung des Gesundheitswesens in Preußen; Voraussetzung ist dafür immer der vollbesoldete und vollbeschäftigte Medizinalbeamte.

Zur Organisation der öffentlichen Gesundheitspflege in der Kommunalverwaltung.

Von Kreisarzt Dr. Sorge in Lüchow.

In den Jahren des Krieges ist das Verständnis für Fragen der Volksgesundheit und der Fürsorgebestrebungen in weitere Kreise gedrungen. Der Wert der rein ärztlichen Tätigkeit sowohl wie der des Hygienikers und Gesundheitsbeamten hat größere Anerkennung gefunden. Mancher, der sich bis dahin der medizinischen Wissenschaft und deren Forderungen gegenüber ablehnend verhielt, ist von ihrem Wert überzeugt worden. Diese unseren Forderungen günstige Stimmung müssen wir benutzen und unsere Wünsche bekannt geben sowie auf Maßnahmen hinweisen, die zum weiteren Ausbau der für das Staatswohl so wichtigen öffentlichen Gesundheitspflege notwendig sind. Bei Bearbeitung dieser Fragen muß der Medizinalbeamte mit an der Spitze stehen; auch im kleinen ländlichen Kreise bedarf es dringend eines kräftigen Anstoßes zur Weiterentwicklung auf den Gebieten der Hygiene, Wohlfahrtspflege und der Fürsorgebestrebungen.

In zahlreichen Aufsätzen, die sich mit der Notwendigkeit der Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse in den kleinen Städten und auf dem Lande befassen, wird betont, daß ein Mittelpunkt geschaffen werden muß, in dem die gesamten das Gesundheitswesen betr. Bestrebungen bearbeitet und verarbeitet werden, eine Stelle, bei der sich jedermann in diesen Fragen Rat holen kann. Dieses das Gesundheits-, Wohlfahrts- und Fürsorgewesen der Stadt bezw. des Kreises bearbeitende Amt muß behördlichen Charakter haben, um den anderen Behörden die Möglichkeit dienstlichen Verkehrs und der Stelle selbst das notwendige Ansehen zu geben.

M. E. ist ein derartiges Amt durch die Dienstanweisung für den preußischen Kreisarzt bereits geschaffen und es hat bisher nur an der Ausführung und Durchführung gefehlt. Dies hat seinen Grund darin, daß eine Person ohne Hilfskräfte eine derartige Arbeit nicht bewältigen kann, zumal wenn man bedenkt, daß mit jedem Jahre die Arbeit und Bestrebungen auf diesem Gebiete erheblich an Umfang und Bedeutung gewonnen haben. Nur wenn das Büro des Kreisarztes weiter ausgestaltet wird, wenn ihm Hilfskräfte gegeben werden, die

ihm die mechanische und Kleinarbeit abnehmen, wird es ihm möglich sein, den Aufgaben zu genügen, die ihm seine Dienstanweisung zuweist und die er im Interesse der gesundheitlichen Weiterentwicklung seines Kreises erledigen muß.

Der springende Punkt bei dieser weiteren Ausgestaltung der kreisärztlichen Tätigkeit ist wie überall bei unseren Forderungen das Geld; wie sollen die vermehrten Kosten aufgebracht werden? In dieser Hinsicht sehe ich den Ausweg darin, daß einmal der Kreisarzt allgemein als vollbesoldeter Beamter angestellt wird und daß er ferner von den Städten bzw. Kreisen als Kommunalarzt eine feste Stellung in diesen Verwaltungskörpern bekommt. Als Kommunalarzt wäre ihm dann die Leitung des Kreisgesundheitsamtes zu übertragen, so daß eine ähnliche Einrichtung getroffen würde, wie beim Landrat und Vorsitzenden des Kreisausschusses, wodurch eine einheitliche Leitung in allen die Volksgesundheit betreffenden Fragen gesichert wäre.

Die von größeren Kommunalverbänden mit weitblickender Verwaltung bereits seit längerem angestellten Kommunalärzte würden in enger Fühlung mit dem Kreisgesundheitsamt und dem Kreisarzt arbeiten. Das Bedürfnis zur Anstellung eines Kommunalarztes auch für kleinere Kreise glaube ich unbedingt bejahen zu können. Die Inanspruchnahme des Kreisarztes von der Kreisverwaltung ist jetzt meist nur auf rein medizinische Dinge beschränkt, in Fragen der Hygiene (Bebauung — Wohnung — Wasser), in Wohlfahrt und Fürsorge wird sein Rat nur selten eingeholt und seine Meinung zu vertreten, hat er kaum einmal in einer Sitzung Gelegenheit. Ist ein Kommunalarzt angestellt mit Sitz und Stimme im Kolleg in allen entsprechenden Fragen, dann würde bald Wandel geschafft sein und durch seine Arbeit würden die jetzt wohl durchweg überlasteten Magistrate und Landratsämter zum allgemeinen Nutzen entlastet werden. Wie gesagt, glaube ich, daß diese Gesundheitsämter bald Arbeit in Hülle und Fülle finden würden und entsprechend mit den Aufgaben würde ihre Ausgestaltung Hand in Hand gehen müssen. Auch in wissenschaftlicher Beziehung würden diese Gesundheitsämter Ersprießliches leisten können; zweckmäßig würde es mir erscheinen, wenn sie auch mit der Veterinärpolizei in engere Fühlung kämen. Jetzt erfährt der Kreisarzt von den herrschenden übertragbaren Tierkrankheiten amtlich nichts und doch sind diese häufiger von Bedeutung für den Menschen, sei es wegen der direkten Uebertragbarkeit auf den Menschen, sei es indirekt wegen der Einwirkung auf Lebensmittel.

Ich bin mir wohl bewußt, daß diese Einrichtung des Gesundheitsamtes nicht von heut auf morgen möglich ist, wohl aber kann man langsam darauf hinarbeiten und zunächst versuchen, vom Kreis, der Stadt oder gemeinnützigen Vereinen Mittel zu erlangen zur Anstellung von Hilfskräften. Sieht erst die Stadt und der Kreis, daß Arbeit für derartige Hilfe vorhanden

ist und daß die Arbeit dem Gemeinwohl Nutzen schafft, dann gelingt auch die Bereitstellung weiterer Mittel. Der Kreisarzt allein kann die zu bewältigende Arbeit in der öffentlichen Gesundheitspflege nicht leisten, ärztlicher Rat und Anregung sind unbedingt erforderlich, sollen sich die jetzt in Wohlfahrt und Fürsorge tätigen Kräfte nicht immer mehr zersplittern. Die praktischen Aerzte in der Mehrzahl und zumal auf dem Lande haben keine Zeit, sich mit solchen Fragen zu beschäftigen, es bleibt dafür nur der Kreisarzt in Zusammenarbeit mit bestehenden oder zu gründenden gemeinnützigen Vereinen. Selbstverständlich sind aber alle praktischen Ärzte, die Zeit und Lust zu derartiger Arbeit haben, jederzeit zur Mitarbeit herzlich willkommen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Die uneheliche Mutter nach dem Kriege. Von Klara Heinemann. Die Staatsbürgerin; Jan. 1917.

Nur vereint repräsentieren Mann und Weib das Vaterland. Es darf nach dem Kriege nicht mehr die Tatsache bestehen, daß der Geschlechtsverkehr des Mannes keine Schmach bedeutet, dagegen die Geburt eine uneheliche Mutter schändet. Die Kriegsministerien haben deshalb auch großzügiger als die Gesetzgeber der unehelichen Mutter Kriegsunterstützung zugebilligt, wenn der Vater des Kindes im Felde steht. Das muß in Form einer Mutterschaftsversicherung, die alle minderbemittelten Mütter vor und nach der Geburt vor Not schützt, nach dem Kriege bestehen bleiben. Die Mutterschaftsversicherung wäre der beste Schutz gegen Mutter- und Säuglingssterblichkeit. Dr. Rissmann-Osnabrück.

Der Säuglings- und Kleinkinderschutz — eine nationale Pflicht. Von Dr. Mittelhäuser-Apolda. Zeitschrift für Bahnärzte; 1917, Nr. 6.

Der obligatorische Ausbau des Mutter- und Säuglingsschutzes und im Anschluß daran des Kleinkinderschutzes ist die erste und wichtigte Zeitfrage, das Problem der Zukunft, das dringend der Lösung harrt und keinen Aufschub mehr verträgt. Dr. Wolf-Hanau.

Ein Vorschlag zur Säuglingsfürsorge. Von Med.-Rat Dr. Müller-Reichenberg i. Schl. Gesundheitslehrer; 1917, Nr. 10.

Statt Stillprämien empfiehlt Verfasser Prämien für ein gut gehaltenes Kind, das nach vollendetem 1. Lebensjahr einer Kommission vorzuführen ist. Eventl. kann eine 2. und 3. Kontrolle und Prämiierung stattfinden, und zwar beim Eintritt in die Schule und vor der Entlassung aus der Volksschule.

Dr. Wolf-Hanau.

Tagesnachrichten.

Der neue preußische Haushaltsplan für das Rechnungsjahr 1918 bringt diesmal in bezug auf das **Medizinalwesen** trotz des Krieges wesentliche Verbesserungen, die deshalb auch besondere Anerkennung verdienen. Zunächst ist die Umänderung von 42 nichtvollbesoldeten Kreisarztstellen in vollbesoldete vorgesehen, so daß künftighin etwa 22 % aller Kreisarztstellen vollbesoldet sind; weiterhin sind 150000 M. zur Bekämpfung der Tuberkulose sowie 500000 M. für Beihilfen zur Säuglingsfürsorge neu eingestellt und der Betrag für Unterstützung des Bezirkshebammenwesens von 100000 M. auf 150000 M. erhöht. Infolgedessen haben die dauernden Ausgaben eine Steigerung um 530225 M., also etwas über 10 % erfahren, eine Steigerung, wie sie seit Inkrafttreten des Kreisarzt-

gesetzes nicht wieder beobachtet ist. Jedenfalls geht daraus hervor, daß die Anregungen unserer Medizinalverwaltung jetzt mehr Verständnis und Entgegenkommen bei der Finanzverwaltung finden; hoffentlich bleibt es auch künftig so.

A. Dauernde Ausgaben.

1.	Besoldung von 39 Mitgliedern (mit 600—1200 M.) und 36 Assessoren (mit 600—1050 M.) der Provinzialmedizinalkollegien	59 850,— M.
	Besoldung von 37 Regierungs- und Medizinalräten mit 4200—7200 M.	244 200,— „ [1]
	Außerdem für 13 Regierungs- und Medizinalräte pensionsfähige Zulagen von 600 Mark	7 800,— „
	Vermerk: Die Regierungs- und Medizinalräte und die Direktoren der hygienischen Institute in Beuthen und Saarbrücken erhalten bis zu einem Drittel der Gesamtzahl der etatsmäßigen Stellen je 600 M. pensionsfähige Zulage.	
	Besoldung von 7 vollbesoldeten Kreisärzten als ständige Hilfsarbeiter bei den Regierungen in Königsberg, Potsdam, Breslau, Oppeln, Arnsberg und Düsseldorf, sowie bei dem Polizeipräsidium in Berlin (mit 3000—7200 M.)	81 800,— „
2.	Besoldung von 115 vollbesoldeten Kreisärzten (3000 bis 7200 M.) [2], 405 nicht vollbesoldeten Kreisärzten, darunter 18 nicht vollbesoldete Gerichtsärzte, mit mindestens 2100, höchstens 3900 M., im Durchschnitt 3000 M., sowie für sonstige Besoldungen	1 795 971,— „ [3]
3.	Wohnungsgeldzuschüsse	145 880,— „
4.	Vergütung an 36 Kreisassistenzärzten und Hilfsarbeitern im Buro-, Kanzlei- und Unterbeamtendienst bei den Provinzial-Medizinalkollegien sowie zu Beihilfen für die Wahrnehmung der Obliegenheiten des Kreisarztes durch Gemeindeärzte	77 550,— „
5.	Stellenzulagen für nicht vollbesoldete Kreisärzte, einschließlich der Gerichtsärzte	189 750,— „ [4]

---

[1]) Mehr: 1200 M. nach Maßgabe des Dienstalters der Reg.- u. Med.-Räte.

[2]) Es sind also 42 neue vollbesoldete Kreisarztstellen vorgesehen und zwar in den Kreisarztbezirken Königsberg (Land), Allenstein, Danzig (Höhe und Niederung), Charlottenburg, Eberswalde-Oberbarnim, Spandau, Cottbus, Randow, Breslau I (Stadt), Breslau (Land), Schweidnitz, Liegnitz, Neustadt (Ob.-Schl.), Neiße, Jerichow I, Calbe, Halberstadt, Mansfelder Seekreis-Eisleben, Weißenfels, Pinneberg, Hannover (Stadt), Linden, Lehe-Hadeln, Osnabrück (Land)-Iburg-Wittlage, Herford, Hörde, Schwelm, Iserlohn, Altena, Lüdenscheid, Hanau, Wiesbaden (Stadt), Frankfurt a. M. I und II, Coblenz, Crefeld, Mörs, Kempen, Düsseldorf (Land), Barmen, Mettmann, Cöln (Land) und Düren, die für die kreisärztlichen Geschäfte einen derartigen Umfang angenommen haben, daß die Umwandlung der betreffenden nicht vollbesoldeten Kreisarztstellen in vollbesoldete notwendig ist. Trotzdem verringert sich der Betrag für die Besoldung der Kreisärzte usw. zunächst um 6600 M., da die neuen vollbesoldeten Kreisarztstellen nur mit den Anfangsgehältern eingestellt sind.

Es ist ferner in Aussicht genommen, für den bisher mit dem Stadtkreise Berlin-Schöneberg zu einem Kreisarztbezirk vereinigten Stadtkreis Berlin-Wilmersdorf einen besonderen Kreisarzt anzustellen und zu diesem Zwecke eine im Stadtkreis Berlin entbehrlich gewordene vollbesoldete Kreisarztstelle nach Berlin-Wilmersdorf zu verlegen.

[3]) Mehr: 13 200 M. nach Maßgabe des Dienstalters der vollbesoldeten Kreisärzte.

[4]) Weniger: 18 900 M. durch Fortfall von 42 Stellenzulagen für nicht vollbesoldete Kreisärzte.

5a.	Entschädigungen an die vor dem 1. April 1908 angestellten vollbesoldeten Kreisärzte für den Fortfall der Fuhrkostenentschädigung und der übrigen ihnen bisher zugeflossenen Gebühren für Dienstgeschäfte	5 000,— M.
6.	Geschäftsbedürfnisse der Provinzial-Medizinalkollegien (320 M.), Dienstaufwandsentschädigung für 2 Regierungs- und Medizinalräte in Berlin (je 1200 M.), für Vertretung von Reg.- und Medizinalräten und von als ständige Hilfsarbeiter bei den Regierungen beschäftigten vollbesoldeten Kreisärzten (3000 M.), Vergütungen für die Prüfung der Rezepte und Rechnungen über die für Staatsanstalten gelieferten Arzneien (3500 M.), Dienstaufwandsentschädigungen für die vollbesoldeten Kreisärzte bis zu 1150 M., im Durchschnitt 900 M., für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte einschl. der Gerichtsärzte bis zu 900 M., im Durchschnitt 400 M. (245 500 M.), nicht abgelöste Postporto- und Gebührenbeträge, einschließl. Fernsprech-, Telegramm- und sonstige Frachtgebühren für dienstliche Sendungen der Kreisärzte (380 M.) sowie Reisekosten für auswärtige Mitglieder der Provinzial-Medizinalkollegien, Reisekosten und Entschädigungen für die Erstattung schriftlicher Gutachten und Berichte an die psychiatrischen Mitglieder der Besuchsausschüsse für die Beaufsichtigung der Privat-Irren- usw. Anstalten und Reisekosten für die auswärtigen Mitglieder des Beirats für das Apothekenwesen (14 050 M.)	289 400,— „ [5])
7.	Beihilfen zum Studium medizinal-technischer wichtiger Einrichtungen und Vorgänge	3 000,— „
8.	Reisekosten der Medizinalbeamten, darunter 865 000 M. für Reisepauschvergütungen und 5000 M. für Gebühren der Kreismedizinalbeamten für die dienstlich vorzunehmende Untersuchung und Begutachtung des Gesundheitszustandes von Beamten, ausschließlich derjenigen der Königl. Polizeiverwaltungen, jedoch einschließlich der Bauverwaltungen, sowie 105 00 M. für Reisekosten der Regierungs- und Medizinalräte	475 000,— „ [6])
9. u. 10.	Vergütung an die Mitglieder und Beamten der Ausschüsse für die Staatsprüfung der Aerzte, Zahnärzte, Apotheker, Kreisärzte und Nahrungsmittelchemiker . . .	106 000,— „
11.	Institut für Infektionskrankheiten	260 731,— „ [7])
12.	Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin	197 640,— „ [8])
13.	Bad Bertrich	76 870,— „
14.	Hygienisches Institut in Posen	76 696,— „ [9])
15.	Hygienisches Institut in Beuthen (Oberschl.)	50 500,— „ [10])
16.	Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten in Saarbrücken	88 700,— „ [11])
17.	Medizinal-Untersuchungsämter (11 vollbesoldete Kreisärzte (in Gumbinnen, Danzig, Potsdam, Stettin, Breslau, Magdeburg, Hannover, Stade, Münster, Koblenz und Düsseldorf), 11 Kreisassistenzärzte als Assistenten dieser Aemter und 2 Kreisassistenzärzte als Leiter der Untersuchungsstellen in Bromberg und Sigmaringen	198 170,— „

[5]) **Mehr**: 20 250 M. durch den höheren Dienstaufwand der 42 neuen vollbesoldeten Kreisarztstellen.

[6]) Es sind so viel Ersparnisse vorhanden, daß ebenso wie in den Vorjahren 865 000 M. zur Bestreitung der Reisekosten der Kreismedizinalbeamten zur Verfügung stehen.

[7]) **Weniger**: 5860 M.

[8]) **Mehr**: 5820 M.

[9]) **Mehr**: 70 M.

[10]) **Mehr**: 770 M.

[11]) **Mehr**: 650 M.

18. Zuschüsse für einige Krankenanstalten	5 610,—	M.
19. u. 20. Impfwesen (Vergütungen an die Vorsteher, Assistenten, Tierärzte, sächliche Ausgaben, Impfprämien usw.) . . .	112 731,—	„ [12])
21. Kosten der amtlichen Apothekenbesichtigungen durch die hierzu Bevollmächtigten	57 500,—	„
22. u. 23. Unterstützungen für aktive Medizinalbeamte (7500 M.), für ausgeschiedene Medizinalbeamte sowie für Witwen und Waisen von Medizinalbeamten (60 000 M.)	67 500,—	„
23 a. Unterstützungen für die auf Grund des § 15 des Kreisarztgesetzes auf Wartegeld gestellten Medizinalbeamten (künftig wegfallend)	15 000,—	„
24. Almosen an körperlich Gebrechliche zur Rückkehr in die Heimat, sowie für arme Kranke	900,—	„
25. Für medizinalpolizeiliche Zwecke, einschließlich 8000 M. zur Bestreitung der Kosten der sanitätspolizeilichen Ueberwachung behufs Abwehr der Choleragefahr und 25 987 M. für das Lepraheim im Kreise Memel	229 700,—	„ [13])
26. Hafen- und Schiffsüberwachung einschließlich der Quarantäneanstalten	55 280,—	„
27. Ausführung des Gesetzes, betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten	100 000,—	„ [14])
28. Unterstützung des Bezirkshebammenwesens	150 000,—	„ [15])
28 a. Beihilfen zur Säuglingsfürsorge	500 000,—	„ [16])
29. Verschiedene andere Ausgaben (Zuschuß für Aerzte auf verschiedenen Ost- und Nordseeinseln, Beihilfe zu Fortbildungskursen für Aerzte, Zahnärzte und Apotheker (28 000 Mark) usw.	47 832,—	„ [17])
30. Umzugskosten	27 000,—	„
Zusammen:	5 699 061,—	M.
Im Vorjahre:	5 168 836,—	„
Danach mehr:	530 225,—	M.

B. Einmalige und ausserordentliche Ausgaben.

a) 3000 M. zur Teilnahme der Medizinalbeamten an der Ausbildung der Desinfektoren (im Vorjahre 5000 M.).[18])

b) 17 000 M. zur Unterhaltung einer Forschungsstätte der Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin für die Zwecke der Mainwasseruntersuchung in Wiesbaden (wie im Vorjahre).

c) 20 000 Mark Zuschuß zwecks Anstellung von Untersuchungen über den Schutzpocken-Impfstoff bei dem Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ in Berlin (im Vorjahre 1000 M.).

d) Bekämpfung der Granulose 1000 M. (wie im Vorjahre).[18]).

---

[12]) Mehr: 4750 M. zufolge Wiedereröffnung der Impfanstalt in Hannover.

[13]) Weniger: 55 000 M.; sind jetzt unter Säuglingsfürsorge eingestellt.

[14]) Der Mehrbedarf wird aus vorhandenen Ersparnissen gedeckt.

[15]) Mehr: 50 000 M.

[16]) Betreffend der neu eingestellten Beihilfe für Säuglingspflege heißt es in der Erläuterung: Es ist in Aussicht genommen, neben der Förderung allgemeiner Zwecke, wie der Belehrung der Bevölkerung, namentlich der Mütter und der weiblichen Jugend, durch Verteilung von Flugschriften und Merkblättern über Säuglingspflege, der Unterstützung größerer, allgemein wirkender Einrichtungen bei ihrer Werbetätigkeit auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge, sowie der Ausbildung von Säuglingsfürsorgerinnen und Beihilfen für örtliche Einrichtungen, insbesondere für die Unterhaltung von Säuglingsfürsorgestellen, wie Säuglingsheimen, Säuglingskrippen sowie zur ersten Einrichtung von Kindermilchküchen zu gewähren. Hierzu ist unter Mitverwendung der bisher für Säuglingsfürsorge unter Ziff. 25 bereitgestellten 55 000 M. eine Summe von jährlich 500 000 M. eingestellt.

[17]) Weniger: 1505 M.

e) Bekämpfung des Typhus im Regierungsbezirk Trier 51000 M. (wie im Vorjahre).[15]

f) 10000 M. zu Beihilfen zur Krebsforschung (wie im Vorjahre).

g) 150000 M. Beihilfen zur Bekämpfung der Tuberkulose.[19]

h) 30000 M. zu Beihilfen zur Anstellung von hauptberuflichen Sachverständigen behufs Durchführung des Weingesetzes vom 7. April 1909 — R. G. Bl. S. 393 — (im Vorjahre 9000 M.).[15]

i) Ankauf und Einrichtung eines Grundstücks in Stettin für das dortige Medizinaluntersuchungsamt einschließlich der inneren Ausgestaltung: 75000 M.

Zusammen:	357000,— M.
Im Vorjahre:	94000,— „
Demnach mehr:	263000,— M.

Im Haushalt für das **Ministerium der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten** sind außerdem noch vorgesehen als dauernde Ausgaben:

14500 M. mehr für die praktische Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde als Beitrag zu den Betriebs- und Unterhaltungskosten des Leichenschauhauses in Berlin;

106400 M. (600 M. mehr) für das Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M.;

1105016 M. (5683 M. mehr) für das Charitékrankenhaus in Berlin, sowie

als einmalige und außerordentliche Ausgaben:

75000 M. als Beitrag zu den Kosten der inneren Einrichtung des Unterrichtszwecken bei der Universität Königsberg i. Pr. dienenden Säuglingsheims nebst Kinderklinik und Kinderkrankenhaus;

15600 M. für Anmietung von Räumen im Kaiserin-Friedrich-Hause in Berlin für das ärztliche Fortbildungswesen;

je 5000 M. für Zwecke der Syphilisforschung an der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten bei der Charité in Berlin und bei der Universität in Breslau;

4000 M. zur Herstellung hochwertiger Sera zur Blutuntersuchung für gerichtliche Zwecke für das hygienische Institut in Greifswald;

65000 M. für den Neubau eines hygienischen Instituts und 500000 M. für den Neubau eines gerichtsärztlichen Instituts in Münster i. W.,

25000 M. für Erforschung der Krebskrankheit (Charitékrankenhaus in Berlin).

In dem neuen preußischen Staatshaushaltsplan für 1918 sind zum ersten Male 468000 M. ausgeworfen, als Ausgabe für die Gehälter, des **Staatskommissars für Volksernährung** und seines Vertreters, sowie für Vergütungen an die zu Dienstleistungen herangezogenen Beamten, für Geschäftsbedürfnisse usw.

Aus Anlaß seines Geburtstags hat Sr. **Majestät der Kaiser und König** unter den 27. Januar d. Js. behufs **Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** an den Minister des Innern nachfolgenden Erlaß gerichtet:

„Ihren Berichten habe Ich entnommen, daß die Säuglingssterblichkeit in den von Russeneinfall heimgesuchten Teilen Meiner treuen Provinz Ost-

---

[15] Der Mehrbedarf wird aus den vorhandenen Ersparnissen gedeckt.

[19] Hierzu heißt es in der Erläuterung: Die anläßlich der Beeinträchtigung der Tuberkulosebekämpfung durch den Krieg neu eingestellten Mittel sind in erster Linie zur Förderung der Bevölkerung durch Merkblätter und Vorträge sowie zur Unterstützung größerer allgemein wirkender Organisationen bei ihrer Propaganda auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung bestimmt. Ferner sollen aus diesen Mitteln Beihilfen zur Unterhaltung örtlicher Fürsorgeeinrichtungen, besonders zur Annahme von Fürsorgeschwestern gegeben werden.

preußen schon vor dem Krieg zu Sorgen Anlaß gegeben hat. Die schweren Opfer, die jener jetzt zu neuem Leben erblühende Landesteil dem Vaterland hat bringen müssen, haben diese Sorge wesentlich verstärkt. Ich habe wiederholt darauf hingewiesen, daß die Minderung unserer Volks- und Wehrkraft, die der Krieg für alle Landesteile mit sich gebracht hat, die ernsteste Aufmerksamkeit des Staats und aller Vaterlandsfreunde dringend verlangt. Für Ostpreußen gilt dies in besonderem Maße. Es ist Mir deshalb eine besondere Freude, durch Gewährung eines Beitrags von 500 000 M. aus den von freundlichen Gebern Mir für Zwecke der Kriegsfürsorge gespendeten Mitteln die Errichtung einer allen Zweigen des Mutter- und Säuglinsschutzes dienenden Anstalt im Regierungsbezirk Gumbinnen ermöglichen zu können. Möchte diese Anstalt, deren Entwickelung sich Meines besonderen Schutzes erfreuen soll, dazu beitragen, jenen besonders bedürftigen und deshalb mir besonders am Herzen liegenden Landesteil einer glücklichen Zukunft entgegenzuführen!"

Aus dem preussischen Landtage. Behufs **Regelung des Haltekinderwesens** hat das Abgeordnetenhaus in seiner Sitzung am 22. d. Mts. folgenden Antrag:

> „Die Regierung zu ersuchen, auf eine reichsgesetzliche Regelung des Haltekinderwesens einzuwirken, durch welche eine einwandfreie Pflege der Haltekinder und eine Beaufsichtigung der Ziehmütter gewährleistet wird, mit der Maßgabe, daß bis zur reichsgesetzlichen Regelung auf eine wirksame Fürsorge für die Haltekinder durch landesgesetzliche Maßnahmen Bedacht genommen wird,"

ohne Widerspruch angenommen, nachdem der Antrag von den Abgg. Pohl und Dr. Mugdan (freis. Volksp.), Dr. Faßbender (Zentr.) und Lieber (natlib.) warm befürwortet war.

Im Anschluß hieran sei übrigens bemerkt, daß auch der Reichsausschuß für Bevölkerungspolitik sich an die Regierung mit dem Ersuchen gewandt hat, der Säuglingsfürsorge für uneheliche Kinder erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen, da die Zahl der unehelichen Kinder weit größer sei, als gewöhnlich angenommen werde. Gleichzeitig ist von dem Ausschluß die Errichtung einer Art Generalvormundschaft für alle unehelich geborene Kinder empfohlen.

In der Sitzung vom 25. v. Mts. hat dann das Abgeordnetenhaus auch dem vom Herrenhaus zurückgekommenen **Gesetzentwurf über das Wohnungswesen** mit den von diesen beschlossenen Aenderungen seine Zustimmung erteilt. Sobald das Gesetz die Königl. Genehmigung erhalten und veröffentlicht ist, werden wir diesen zum Abdruck bringen und eingehend besprechen.

Durch Verordnung des Bundesrats vom 3. Januar d. J. ist den **Empfängern einer Invaliden-**, Witwen- oder Witwerrente zunächst für das Jahr 1918 eine Zulage gewährt, die bei der Invalidenrente monatlich 8 M, bei der Witwen- oder Witwerrente monatlich 4 M. beträgt. Empfängern von Altersrente steht eine solche Zulage nicht zu.

Durch Verordnung des Bundesrats vom 17. Januar d. J. ist auch die Gewährung von **Zulagen zu den Unfallrenten** angeordnet, allerdings nur an solche Verletzte, die auf Grund der Unfallversicherung eine Rente von zwei Drittel oder mehr der Vollrente beziehen; sie beträgt ebenfalls monatlich 8 M.

Laut Rund-Erlaß vom 31. Dezember v. J. wird in **Preußen von der Erstattung des Jahresgesundheitsberichts** für 1916 und 1917 Abstand genommen (s. Seite 10 der Beilage zur heutigen Nummer).

Nach einer zwischen den Vertretern des deutschen Aerztevereinsbundes und der Unfallversicherungsgesellschaften ist betreffs der **Vergütung der ärztlichen Zeugnisse** nachstehende vorläufige, am 1. d. M. in Kraft tretende Vereinbarung getroffen:

e) Bekämpfung des Typhus im Regierungsbezirk Trier 51000 M. (wie im Vorjahre).[18])
f) 10000 M. zu Beihilfen zur Krebsforschung (wie im Vorjahre).
g) 150000 M. Beihilfen zur Bekämpfung der Tuberkulose.[19])
h) 30000 M. zu Beihilfen zur Anstellung von hauptberuflichen Sachverständigen behufs Durchführung des Weingesetzes vom 7. April 1909 — R. G. Bl. S. 393 — (im Vorjahre 9000 M.).[18])
i) Ankauf und Einrichtung eines Grundstücks in Stettin für das dortige Medizinaluntersuchungsamt einschließlich der inneren Ausgestaltung: 75000 M.

Zusammen:	357 000,— M.
Im Vorjahre:	94 000,— „
Demnach mehr:	263 000,— M.

Im Haushalt für das **Ministerium der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten** sind außerdem noch vorgesehen als dauernde Ausgaben:

14500 M. mehr für die praktische Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde als Beitrag zu den Betriebs- und Unterhaltungskosten des Leichenschauhauses in Berlin;
106400 M. (600 M. mehr) für das Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M.;
1105016 M. (5683 M. mehr) für das Charitékrankenhaus in Berlin, sowie

als einmalige und außerordentliche Ausgaben:

75000 M. als Beitrag zu den Kosten der inneren Einrichtung des Unterrichtszwecken bei der Universität Königsberg i. Pr. dienenden Säuglingsheims nebst Kinderklinik und Kinderkrankenhaus;
15600 M. für Anmietung von Räumen im Kaiserin-Friedrich-Hause in Berlin für das ärztliche Fortbildungswesen;
je 5000 M. für Zwecke der Syphilisforschung an der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten bei der Charité in Berlin und bei der Universität in Breslau;
4000 M. zur Herstellung hochwertiger Sera zur Blutuntersuchung für gerichtliche Zwecke für das hygienische Institut in Greifswald;
65000 M. für den Neubau eines hygienischen Instituts und 500000 M. für den Neubau eines gerichtsärztlichen Instituts in Münster i. W.,
25000 M. für Erforschung der Krebskrankheit (Charitékrankenhaus in Berlin).

In dem neuen preußischen Staatshaushaltsplan für 1918 sind zum ersten Male 468000 M. ausgeworfen, als Ausgabe für die Gehälter, des **Staatskommissars für Volksernährung** und seines Vertreters, sowie für Vergütungen an die zu Dienstleistungen herangezogenen Beamten, für Geschäftsbedürfnisse usw.

Aus Anlaß seines Geburtstags hat **Sr. Majestät der Kaiser und König** unter den 27. Januar d. Js. behufs **Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** an den Minister des Innern nachfolgenden Erlaß gerichtet:

„Ihren Berichten habe Ich entnommen, daß die Säuglingssterblichkeit in den von Russeneinfall heimgesuchten Teilen Meiner treuen Provinz Ost-

[18]) Der Mehrbedarf wird aus den vorhandenen Ersparnissen gedeckt.

[19]) Hierzu heißt es in der Erläuterung: Die anläßlich der Beeinträchtigung der Tuberkulosebekämpfung durch den Krieg neu eingestellten Mittel sind in erster Linie zur Förderung der Bevölkerung durch Merkblätter und Vorträge sowie zur Unterstützung größerer allgemein wirkender Organisationen bei ihrer Propaganda auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung bestimmt. Ferner sollen aus diesen Mitteln Beihilfen zur Unterhaltung örtlicher Fürsorgeeinrichtungen, besonders zur Annahme von Fürsorgeschwestern gegeben werden.

preußen schon vor dem Krieg zu Sorgen Anlaß gegeben hat. Die schweren Opfer, die jener jetzt zu neuem Leben erblühende Landesteil dem Vaterland hat bringen müssen, haben diese Sorge wesentlich verstärkt. Ich habe wiederholt darauf hingewiesen, daß die Minderung unserer Volks- und Wehrkraft, die der Krieg für alle Landesteile mit sich gebracht hat, die ernsteste Aufmerksamkeit des Staats und aller Vaterlandsfreunde dringend verlangt. Für Ostpreußen gilt dies in besonderem Maße. Es ist Mir deshalb eine besondere Freude, durch Gewährung eines Beitrags von 500 000 M. aus den von freundlichen Gebern Mir für Zwecke der Kriegsfürsorge gespendeten Mitteln die Errichtung einer allen Zweigen des Mutter- und Säuglinsschutzes dienenden Anstalt im Regierungsbezirk Gumbinnen ermöglichen zu können. Möchte diese Anstalt, deren Entwickelung sich Meines besonderen Schutzes erfreuen soll, dazu beitragen, jenen besonders bedürftigen und deshalb mir besonders am Herzen liegenden Landesteil einer glücklichen Zukunft entgegenzuführen!"

Aus dem preussischen Landtage. Behufs Regelung des **Haltekinderwesens** hat das Abgeordnetenhaus in seiner Sitzung am 22. d. Mts. folgenden Antrag:

> „Die Regierung zu ersuchen, auf eine reichsgesetzliche Regelung des Haltekinderwesens einzuwirken, durch welche eine einwandfreie Pflege der Haltekinder und eine Beaufsichtigung der Ziehmütter gewährleistet wird, mit der Maßgabe, daß bis zur reichsgesetzlichen Regelung auf eine wirksame Fürsorge für die Haltekinder durch landesgesetzliche Maßnahmen Bedacht genommen wird,"

ohne Widerspruch angenommen, nachdem der Antrag von den Abgg. Pohl und Dr. Mugdan (freis. Volksp.), Dr. Faßbender (Zentr.) und Lieber (natlib.) warm befürwortet war.

Im Anschluß hieran sei übrigens bemerkt, daß auch der Reichsausschuß für Bevölkerungspolitik sich an die Regierung mit dem Ersuchen gewandt hat, der Säuglingsfürsorge für uneheliche Kinder erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen, da die Zahl der unehelichen Kinder weit größer sei, als gewöhnlich angenommen werde. Gleichzeitig ist von dem Ausschluß die Errichtung einer Art Generalvormundschaft für alle unehelich geborene Kinder empfohlen.

In der Sitzung vom 25. v. Mts. hat dann das Abgeordnetenhaus auch dem vom Herrenhaus zurückgekommenen **Gesetzentwurf über das Wohnungswesen** mit den von diesen beschlossenen Aenderungen seine Zustimmung erteilt. Sobald das Gesetz die Königl. Genehmigung erhalten und veröffentlicht ist, werden wir diesen zum Abdruck bringen und eingehend besprechen.

Durch Verordnung des Bundesrats vom 3. Januar d. J. ist den **Empfängern einer Invaliden-**, Witwen- oder Witwerrente zunächst für das Jahr 1918 eine Zulage gewährt, die bei der Invalidenrente monatlich 8 M, bei der Witwen- oder Witwerrente monatlich 4 M. beträgt. Empfängern von Altersrente steht eine solche Zulage nicht zu.

Durch Verordnung des Bundesrats vom 17. Januar d. J. ist auch die Gewährung von **Zulagen zu den Unfallrenten** angeordnet, allerdings nur an solche Verletzte, die auf Grund der Unfallversicherung eine Rente von zwei Drittel oder mehr der Vollrente beziehen; sie beträgt ebenfalls monatlich 8 M.

Laut Rund-Erlaß vom 31. Dezember v. J. wird in **Preußen von der Erstattung des Jahresgesundheitsberichts** für 1916 und 1917 Abstand genommen (s. Seite 10 der Beilage zur heutigen Nummer).

Nach einer zwischen den Vertretern des deutschen Aerztevereinsbundes und der Unfallversicherungsgesellschaften ist betreffs der **Vergütung der ärztlichen Zeugnisse** nachstehende vorläufige, am 1. d. M. in Kraft tretende Vereinbarung getroffen:

Für das Anfangszeugnis wird ein Entgeld von 7,50 M. bewilligt für das Zwischen- und für das Schlußzeugnis je 5 M. Den jetzigen Zwischenzeugnissen dürfen höchstens drei Fragen beigefügt werden, die so gestaltet sein müssen, daß das Schlußzeugnis dadurch nicht überflüssig gemacht wird. Diese Sätze sind unter der Voraussetzung festgelegt worden, daß in der Regel Anfangs- und Schlußzeugnis in jedem Schadenfalle angefertigt werden.

Berufung. Nach einer in den politischen Blättern gebrachten Mitteilung ist Reg.-Rat. Dr. **Hamel**, Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamt, als Referent für das Gesundheitswesen in das Reichsamt des Innern berufen worden.

Die vom 23. bis 26. Januar d. J. in Berlin abgehaltene gemeinsame **Tagung der ärzlichen Abteilungen der Waffenbrüderlichen Vereinigungen Deutschland Oesterreich und Ungarns** hat unter außerordentliche zahlreichen Beteiligungen — aus Oesterreich-Ungarn waren über hundert und auch aus Bulgarien und der Türkei Vertreter erschienen — einen nach jeder Richtung befriedigenden Verlauf genommen, über den später noch ausführlicher berichtet werden wird. In der Sitzung des Ausschusses ist beschlossen eine besondere Gruppe für Medizinalbeamte zu bilden.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. Res. Dr. Klix, Kreisarzt in Osterode (Ostpreußen).

Stabsarzt d. Res. Dr. Lehmann, Kreisarzt und ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Düsseldorf.

Stabsarzt d. Res. Dr. Speckmann, Kreizarzt in Husum, Chefarzt einer Sanitäts-Kompagnie.

Stabsarzt d. Res. Dr. Stackemann, Kreisarzt in Walsrode.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am weiß-schwarzen Bande:

Med.-Rat Dr. Vollmer, Kreizarzt in Kreuznach.

Das Herzogl. Braunschweigische Kriegsverdienstkreuz: Stabsarzt d. L. Dr. Weller, Kreisarzt in Sonderburg (Schleswig).

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Oberstabsarzt d. L. Med.-Rat Dr. Peschel, Kreisarzt in Birnbaum (Posen).

Sprechsaal.

Anfrage: Beim Amtsgericht in C. klagt ein Arzt eine Forderung ein. Der dortige Kreisarzt wird als Gutachter gehört. Das Amtsgericht beschließt die weitere Vernehmung des benachbarten vollbesoldeten Kreisarztes in M., der darauf vom Amtsgericht in M. vereidet wird und ein schriftliches Gutachten einreicht. Muß dieser nun die Gebühren abliefern? Sind überhaupt die Gebühren für gerichtsärztliche Verrichtungen, die auf Requisition fremder, nicht zum Kreisarztbezirk gehörigen Amts- oder Landgerichte vorgenommen werden, an die Staatskasse abzuliefern?

Antwort: Der vollbesoldete Kreisarzt braucht die Gebühren nur für diejenigen gerichtsärztlichen Geschäfte an die Staatskassen abzuliefern, die er als zuständiger Gerichtsarzt für das betreffende Gericht erledigt hat. Er ist aber zuständiger Gerichtsarzt nicht nur für die Amtsgerichte seines Kreises, sondern auch für die höheren Gerichte, also auch für das betreffende Land- und Oberlandesgericht sowie erforderlichenfalls auch für das Reichsgericht.

Anfrage des Kreisarztes Dr. A. in H.: Sind die Aufnahmeatteste für eine Anstalt für Schwachsinnige unentgeltlich auszustellen?

Antwort: Nein!

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Ernannt: der Bezirksarzt Dr. Dürig in Hammelburg zum Landsgerichtsarzt in Bayreuth und der bezirksärztl. Stellvertreter Dr. Wunder zum Bezirksarzt in Burglengenfeld.

Gestorben: Geh. Rat Dr. v. Angerer, Exz., in München.

Königreich Württemberg.

Ernannt: Prof. Dr. A. Mayer, bisher Oberarzt an der Frauenklinik in Tübingen zum ordentl. Professor und Leiter dieser Klinik.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geh. Med.-Rat: den Bezirksärzten und Med.-Räten Dr. Becker in Freiburg i Br., Dr. Kürz in Heidelberg sowie dem Med.-Rat Dr. Fischer, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Wiesloch; — als Med.-Rat: den Bezirksärzten Dr. Stöcker in Villingen, Dr. Kiefer in Wolfach, Dr. Seitz in Ebersbach Dr. Moog in Breisach, Dr. Merk in Kehl, Dr. Riffel in Neustadt, Dr. Baumann in Buchen, dem Bezirksassistenzarzt Dr. Battlehner in Karlsruhe, dem Stadtschularzt Dr. Stephani in Mannheim, dem Oberarzt Dr. Schalter an der Heil- und Pflegeanstalt Illenau, dem Anstaltsarzt Dr. Sieglitz am Landesgefängnis in Freiburg i. Br.; — der Charakter ala Geh. Hofrat: den Professoren Dr. de la Camp in Freiburg i. B., Dr. Kümmel und Dr. Hoffmann in Heidelberg, sowie dem Obergewerbearzt Dr. Fr. Holtzmann, zurzeit Kreisarzt in Skierniewice.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Die Fürstlich Waldecker Friedrich Batholdismedaille, dem Kreisphysikus Dr. Wichmann in Pyrmont, Dr. Vogt in Arolsen, Dr. Hartwig in Corbach, sowie dem Dr. Waldschmidt in Wildungen, zurzeit Kreisarzt in Kolo (Russ.-Polen).

Aus dem Staatsdienst auf eigenen Antrag ausgeschieden Kreisphysikus Dr. Krüger in Bad Wildungen.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Die Bezirksarztstelle in **Hammelburg.** Meldungen bei der für den Bewerber zuständigen K. Regierung, Kammer des Innern.

31. Jahrgang; Nr. 4. Ausgegeben am 20. Februar 1918.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 3 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 4, am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Krückmann in Berlin; — das Verdienstkreuz für Kriegshilfe: den Abteilungsärzten Dr. Schmidt, Dr. Schütte und Dr. Rinne bei den Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten in Hildesheim, bezw. Lüneburg und Langenhagen, sowie dem Assistenzarzt Dr. Marchmeyer bei der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen und dem Direktor der Hebammenlehranstalt Dr. Rissmann in Osnabrück.

Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung: des Herzogl. Sachsen-Meiningischen Ehrenzeichens für Verdienste im Kriege am Bande für Nichtkämpfer: den Reg.- und Geh. Med.-Räte Dr. Krause in Potsdam und Dr. Meyen in Liegnitz.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Neuling in Minden i. W. zum Kreisarzt in Birnbaum; Privatdozent Prof. Dr. Bittorf in Breslau zum außerordentlichen Professor an der dortigen medizinischen Fakultät.

Gestorben: Geh. San.-Rat Dr. Brockhaus, Kreiswundarzt a. D. in Godesberg a. Rh.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines Geheimen Hofrats: dem Obermedizinalrat Dr. Gustav von Hoeßlin in München.

Gestorben: Dr. Theodor Barthel, Nervenarzt in Georgensmünd (Mittelfranken), staatsärztlich approbiert.

---

31. Jahrg. Zeitschrift 1918.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 4.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Febr.

Landgerichtsärzte für Preußen?

Von Privatdozent Dr. Döllner, Gerichtsarzt in Duisburg.

Die beständig nach Zahl und Ausdehnung steigenden Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege, noch mehr aber die rasch anwachsende Arbeitsmenge und Arbeitslast des Fürsorge- und Wohlfahrtswesens bringen eine gewaltige Inanspruchnahme der Kreisärzte mit sich. Gottstein, Effler, Rissmann, Rapmund, Ascher, Sorge und der Verfasser[1]) haben auf die Wichtigkeit dieser Zweige des öffentlichen Gesundheitswesens

[1]) Gottstein: Regelung des Gesundheitswesens in den deutschen Großstädten. Deutsche med. Wochenschrift; 1908. — Effler: Die Zukunft der sozialen Hygiene. Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 14. — Rissmann: Zentralisation der Gesundheitspflege. Zeitschrift für Med.-Beamte; 1916, Nr. 22 und 1917, Nr. 10. — Rapmund: Das öffentliche Gesundheitswesen in Preußen usw. Ebenda; 1918, Nr. 4. — Ascher: Zur Verbesserung des preußischen Gesundheitswesens. Ebenda: 1918, Nr. 4. — Sorge: Zur Organisation der öffentlichen Gesundheitspflege in der Kommunalverwaltung. Ebenda; 1918, Nr. 4. — Döllner: Neue Aufgaben für die deutschen Aerzte. Ebenda; 1916, Nr. 17. — Ein Vorschlag zur Organisation der öffentlichen Wohlfahrtspflege. Ebenda; 1917, Nr. 4. — Verwaltungsmedizin — ein akademisches Lehrfach. Ebenda; 1917, Nr. 4.

hingewiesen und gefordert, daß für größere Verwaltungseinheiten ein besonderer Verwaltungsmediziner — in Großstädten als Magistratsmitglied oder Beigeordneter, in kleineren Städten und in den Landkreisen als vollbesoldeter Kreisarzt — bestellt werde; dieser muß dann seine Unterstützung bei den praktizierenden Aerzten finden, die auch in diesen Fächern zu unterrichten und durch Fortbildungskurse auf dem Laufenden zu halten sind.

Mit dieser Erweiterung des Tätigkeitsgebietes und dem größeren Zeitaufwand für Dienstreisen zur Organisation und Beaufsichtigung des Wohlfahrtswesens wird nun eine Frage immer dringlicher, die in Bayern seit Generationen, in Preußen aber nur für ganz große Verwaltungsbezirke teilweise gelöst ist: nämlich die, ob die Kreisärzte von gerichtlichen Funktionen entbunden und diese besonderen Gerichtsärzten übertragen werden sollen.

Es schweben jetzt auch bei den interessierten höchsten Dienststellen „Erwägungen, ob und wieweit künftig die gerichtsärztliche Tätigkeit grundsätzlich oder wenigstens in größerem Umfang wie bisher von der kreisärztlichen Tätigkeit zu trennen und gegebenenfalls bei jedem Landgericht ein besonderer Gerichtsarzt anzustellen sein möchte“ (Min. d. Innern M 3124 vom 12. 11. 1917)

Nach der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 1. 9. 1909 mit Abänderungen vom 29. 4. 1911 ist der Kreisarzt der Gerichtsarzt seines Amtsbezirkes. Wo besondere Verhältnisse es erfordern, kann die Wahrnehmung der gerichtsärztlichen Geschäfte besonderen Gerichtsärzten übertragen werden (§ 1, 2, sowie § 9 des Gesetzes betr. die Dienststellung des Kreisarztes u. s. f. vom 16. 9. 1899). Sein Diensteid verpflichtet den Kreisarzt, auch für die gerichtsärztliche Tätigkeit in seinem Amtsbezirk (Urt. des R.-G. vom 6. 1. und 5. 11. 1883 und Erl. des Just.-Min. vom 29. 3. 1902).

§ 19 der Dienstanweisung regelt das Verhältnis zu den Gerichtsbehörden und legt dem Kreisarzt die Pflicht auf, jede Vorladung als Sachverständiger und Zeuge vor ein Gericht außerhalb seines Amtsbezirkes dem Regierungspräsidenten anzuzeigen, desgleichen Vorladungen als Zeuge über Umstände, auf welche sich seine Pflicht zur Amtsverschwiegenheit bezieht sowohl außerhalb, wie innerhalb des eigenen Amtsbezirkes. In sonstigen Fragen können die Gerichtsbehörden den Kreisarzt nur durch Vermittlung des Regierungspräsidenten zu Rate ziehen.

Besondere Gerichtsärzte sind bis jetzt in Preußen nur 18 angestellt, zu denen noch 9 a. o. Professoren für gerichtliche Medizin hinzutreten. Ihr Dienstkreis ist bis jetzt ein rein gutachterlicher, ihre Zuziehung vielfach von dem Belieben der Behörden abhängig; eine besondere Dienstanweisung ist für sie nicht festgelegt.

Daß in dieser Materie eine Neuregelung eintrete, muß unbedingt als wünschenswert bezeichnet werden.

Ein sehr wichtiger Grund ist bereits vorher angedeutet worden, nämlich die selbstständige Entwicklung der Verwaltungsmedizin und ihres rasch wachsenden Aufgabengebietes, wodurch der Verwaltungsmediziner — und das ist der Kreisarzt jetzt schon an erster Stelle und er wird es in Zukunft ausschließlich werden — voll und ganz in Anspruch genommen wird. Durch das lange Warten bei den Gerichten, durch die Dienstreisen in gerichtlichen Angelegenheiten, durch zeitraubendes Aktenstudium und Gutachtenbearbeiten wird er viel zu sehr seinen anderen Aufgaben entzogen. Es sind deshalb auch bereits jene Kreisärzte, die bisher schon stark mit Verwaltungsgeschäften belastet sind, von der gerichtsärztlichen Tätigkeit entbunden und in diesen Amtsbezirken besondere Gerichtsärzte angestellt worden.

In kleineren Kreisen, in denen jetzt das Wohlfahrtswesen auch eine gesteigerte Verwaltungstätigkeit bringt, kommt aber noch etwas anderes hinzu: Hier sind bestimmte gerichtliche Funktionen z. B. Leichenöffnungen so selten, daß die technische Uebung und sowohl der gerichtsärztliche, wie pathologisch-anatomische Blick dem Amtsarzt verloren gegangen ist. Verfasser selbst wurde von einem Kreisarzt zur Obduktion gebeten, in dessen Amtsbezirk binnen 8 Jahren eine einzige vorgekommen war; vor wenigen Tagen erzählte ihm ein anderer Kreisarzt von einem Amtsbezirk, in dem in 30 Jahren keine gerichtliche Leichenöffnung vorgekommen ist.

Es bedarf wohl weiter keines Wortes, von welch entscheidender Bedeutung die Feststellung und Deutung eines pathalogisch-anatomischen Befundes für die Rechtsprechung sein kann. Daß einem Ungeübten der seltene Befund einer Fettgewebsnekrose im Gekröse als Verkalkung tuberkulöser Drüsen erscheint, ist gewiß entschuldbar und bei Tod durch Schuß auch gleichgiltig; daß aber ein simples Speckhautgerinnsel als „organisierter, demnach schon sehr alter Thrombus“ erklärt wird, hätte bei der Unterscheidung zwischen chronischem Siechtum und jahrelanger Mißhandlung beinahe zu einem falschen Urteilsspruch geführt.

Auch die Begutachtung von Geisteszuständen, besonders aus dem sogenannten „Grenzgebiet“ kann dem Kreisarzte eines kleineren Bezirkes weder geläufig, noch auch mit dem langen Aktenstudium, den mehrfachen Beobachtungen und stundenlangen Untersuchungen, endlich dem längeren Gutachten, erwünscht sein.

Ganz anders steht hinsichtlich der Zeitfrage, der Uebung und Erhebung der Gerichtsarzt da, der ausschließlich für die Zwecke der Justizbehörde angestellt, fortwährend in Uebung hinsichtlich der Begutachtung für richterliche Zwecke, der Leichenöffnungen, der Geisteszustandsfeststellungen ist; besonders für diese hat er noch den großen Vorteil auf seiner Seite, daß er als Gefängnisarzt fortwährend so und so viele Fälle

dsychischer Abweichungen in Beobachtung hat, also fortlaufend in innigster Fühlung mit dieser Materie steht.

Wird von den anzustellenden Gerichtsärzten verlangt, daß sie sich einige Zeit eingehend mit pathologischer Anatomie, mit der Chemie der Gifte (oder überhaupt Pharmakologie) eingehend beschäftigt haben und an Irrenanstalten praktisch tätig gewesen sind, so wird ihre Tätigkeit nicht nur eine für die Rechtspflege ersprießlichere werden als jene von Aerzten, die nur ab und zu sich mit solchen Fragen befassen müssen, sondern auch der Kreis ihrer Dienstgeschäfte wird größer und manche Arbeit, die bisher dem Chemiker zufiel — teilweise sehr mit Unrecht, wie mancherorts spektroskopische und serologische Untersuchungen! — wird von dem auszuführen sein, der die Deutung für den menschlichen Körper und seine Tätigkeit geben kann, vom Arzte.

Es wird aber eine reinliche Scheidung der Arbeitssphäre zwischen Verwaltungsmediziner und gerichtlichem Mediziner, besonders in größeren Orten, an denen mehrere Medizinalbeamte nebeneinander zu arbeiten haben, noch aus einem weiteren Grunde als zweckmäßig zu errichten sein.

Bisher stand es in allen Fragen, die das Gericht interessierten, sowohl dem Gericht, wie dem Publikum frei, sich nach Belieben an den Gerichts- oder an den Kreisarzt zu wenden. Nur bei den gerichtlichen Leichenöffnungen muß der Gerichtsarzt stets als erster Obduzent zugezogen werden (§ 1 und 2 der Vorschriften über das Verfahren bei den gerichtl. Untersuchungen menschlicher Leichen u. s. f.). Es konnte also z. B. in Attestfragen das Publikum sich an den zweiten Amtsarzt wenden, wenn es bei dem ersten seinen Zweck nicht erreicht hatte. Natürlich verschwieg es, daß es schon anderweitig abgewiesen worden war und benützte vielleicht sogar die bei der ersten Unterhaltung gemachten Erfahrungen, um bei der zweiten sein Gesuch anders zu begründen. Ueberdies konnte in manchen Fällen beim Publikum der Glaube erweckt werden, daß der eine Medizinalbeamte den anderen beaufsichtige. Direkt der Fall ist dies ja dort, wo der Gerichtsarzt zugleich Gefängnisarzt ist, nach dem bisherigen Verfahren der Kreisarzt die Gefängnisse besichtigt und die ihm von der Ge-Gefängnisverwaltung vorzulegenden Liquidationen des Gefängnisarztes (z. B. für Impfungen) prüft. In solchen Fällen (wo der Gerichtsarzt auch der Gefängnisarzt ist) müßte dies dem übergeordneten Regierungs-Medizinalrat übertragen werden.

Soweit die Gründe, die von seiten der Verwaltungsmedizin wie von seiten der gerichtlichen Medizin die Abtrennung der gerichtsärztlichen Tätigkeit aus dem Pflichtenkreise des Kreisarztes zweckmäßig erscheinen lassen! —

Das Arbeitsgebiet der künftigen Gerichtsärzte dem Landgerichtsbezirke anzuschließen, erscheint aus der Geschäftsführung der Gerichte und Staatsanwaltschaften und der Notwendigkeit beständiger Fühlung mit diesen notwendig. Auch

wegen der Verteilung seiner Zeit, besonders bei Terminfestsetzungen, ist für den Gerichtsarzt das Zusammenarbeiten in einem gemeinsamen, einheitlichen Arbeitsgebiet mit den Kammern des Landgerichts erforderlich. Mit 2 Landgerichten die Terminsfestsetzungen zu regeln, wird in der Praxis keinem Gerichtsarzt gelingen.

Daß die Organisation des Gerichtsarztwesens nach Landgerichtsbezirken durchführbar ist, zeigt Bayern. Die Einrichtung eines „Landesgerichts-Medizinal-Referenten“, wie sie Baden besitzt, kann den Verhältnissen der viel größeren preußischen Gerichtsbezirke weder genügen, noch die in viel größeren Verwaltungsbezirken tätigen preußischen Kreisärzte ausreichend entlasten. Auch die hamburgischen Gerichtsphysiker lassen sich nicht zum Vergleiche heranziehen, da es sich bei Hamburg fast ausschließlich um Großstadtverhältnisse handelt, also um ähnliche Verhältnisse wie in Berlin, wo bereits vier Gerichtsärzte amtieren.

Es treffen — von dieser Millionenstadt abgesehen — für die Landgerichtsbezirke im allgemeinen dieselben Verhältnisse zu wie für jene in Bayern: Größere Städte und Landbezirke zusammengefaßt (z. B. Landgericht München, Augsburg, Nürnberg usw.). Allerdings umfassen einzelne eine geringere Einwohnerzahl als viele preußische; dann handelt es sich aber auch um dünner bevölkerte Landstriche gebirgigen Charakters und mit schwierigen Verkehrsverhältnissen.

Wo in Preußen die Bevölkerung weniger dicht ist, handelt es sich aber — von den schlesischen Gebirgszügen abgesehen, um Flachland, so daß also der Verkehr sich leichter durchführen läßt. Es ist auch die Bevölkerung der norddeutschen Tiefebene viel weniger impulsiven Temperamentes als die Gebirgler der Alpen und gar des bayrischen Waldes; demgemäß kommt auch an den Gerichten weniger vor (Obduktionen, Entmündigungen), was die Mitarbeit des Gerichtsarztes erfordert. Aber selbst wenn auch einzelne Teile eines Landgerichtsbezirkes für den Gerichtsarzt weniger gut zu erreichen sind, so müssen doch auch Staatsanwalt und Untersuchungsrichter diese Schwierigkeiten bewältigen; ebenso wie das beteiligte Publikum die Amtszimmer der Gerichtsbehörden und die Rechtsanwälte am Gerichtssitze aufsuchen muß.

Daß eine Ueberlastung der Gerichtsärzte bei der besprochenen Abgrenzung eintreten könnte, ist nach den bisherigen Erfahrungen nicht zu befürchten. In einzelnen Fällen — z. B. Untersuchung eines Kranken in weit abgelegenem Ort — wird es dem Gerichte ja frei stehen, ausnahmsweise den nächst wohnenden Kreisarzt mit der amtsärztlichen Untersuchung zu betrauen oder sich mit dem Zeugnisse eines praktischen Arztes zu begnügen. Ebenso müßte in solchen Bezirken, wo es nicht zwei Gerichtsärzte gibt — wie z. B. in Berlin — die bisherige Vorschrift, daß der zuständige Kreisarzt als zweiter Obduzent beizuziehen ist, bestehen bleiben. Denn auch bei ge-

ringerer Uebung bleibt er doch stets derjenige Arzt, der Zweck und Technik der gerichtlichen Leichenöffnung gelernt hat.

Wie soll sich nun die Stellung dieser neuzuschaffenden Landgerichtsärzte gestalten? Sollen sie nur Sachverständige für die Rechtsprechung oder sollen sie überhaupt die medizinischen Berater der Justizbehörde werden?

Ersteres wäre zweifellos nur ein halber Schritt und würde die Stellung in keiner Weise voll entwickeln. Wie der Kreisarzt der sachverständige Berater der Verwaltungsbehörde ist, so muß der Gerichtsarzt dies für die Justizbehörde werden. Wichtige Fingerzeige in dieser Richtung lassen sich der Dienstanweisung für die bayrischen Landgerichtsärzte (Bekanntmachung der K. Staatsministerium der Justiz und des Innern vom 22. März 1915) entnehmen:

Gleich § 1 bezeichnet den Landgerichtsarzt als den „ärztlichen Sachverständigen des Landgerichts und des Amtsgerichts seines Dienstsitzes“ kurzweg — nicht nur als Sachverständigen für die Rechtsprechung. Daß in der Tat sein Pflichtenkreis viel weiter gefaßt ist, zeigt dann der § 15, der als die wesentlichsten (also auch andere nebenbei noch zugestehend. Verf.) Dienstaufgaben bezeichnet:

1. Die Vornahme ärztlicher Untersuchungen und die Abgabe ärztlicher Gutachten in den Rechtsangelegenheiten, die zur Zuständigkeit der bürgerlichen Gerichte und der Disziplinargerichte seines Dienstsitzes gehören.

2. Die Vornahme ärztlicher Untersuchungen und die Abgabe ärztlicher Gutachten auf Ersuchen auswärtiger Justizbehörden, soweit es sich um Personen oder Sachen innerhalb seines Dienstbezirkes handelt.

3. Die Beteiligung an einer richterlichen oder staatsanwaltschaftlichen Leichenschau und die Vornahme einer richterlichen Leichenöffnung.

4. Die gesundheitliche Ueberwachung der Gerichtsgebäude und der Gerichtsgefängnisse seines Dienstsitzes sowie die sonstigen nach der Hausordnung für die Gerichtsgefängnisse dem Gefängnisarzt obliegenden Leistungen, soweit nicht ein anderer Arzt hierfür bestellt ist.

5. Die Ausstellung amtsärztlicher Zeugnisse, Gutachten und Bescheinigungen — in anderen als Rechtsangelegenheiten, soweit die Ausstellung den Landgerichtsärzten besonders übertragen ist.

6. Die Leistung ärztlicher Hilfe in Notfällen.

Nach § 12 hat der Landgerichtsarzt auch dem Ersuchen anderer öffentlicher Behörden innerhalb seiner Dienstaufgaben zu entsprechen (es werden dies überwiegend die Polizeibehörden sein. Verf.)

Soll das Hin- und Herlaufen des Publikums zwischen Gerichtsarzt und Kreisarzt verhindert werden, so müßte dem Absatz 1 hinzugefügt werden, daß die dem Gerichte vorzulegenden Zeugnisse über Verhinderung im Amte als Schöffe, Geschworener, Vormund, Verhandlungs-, Reise-, Transport- und Haftunfähigkeit von dem Gerichtsarzt auszustellen sind. Die gleiche Kategorie von Gutachten bezw. Zeugnissen wäre unter Nr. 2 festzulegen.

Zu Nr. 3 ist bei „Leichenschau“ zu bemerken, daß die Bestimmung, die die Zuziehung eines Arztes dem Gutdünken des Richters anheimstellt, doch einer Einschränkung bedarf — zumal mit Bestellung besonderer Gerichtsärzte das Herbeirufen

eines solchen doch sehr erleichtert wird. Näher auf diese Frage einzugehen, ist hier nicht der Platz; der Sachkundige kennt ja auch die einschlägigen Verhältnisse.

Nr. 4 überträgt die dem Gefängnisarzt obliegenden Leistungen eo ipso durch die Dienstanweisung, also nicht wie bisher in Preußen durch privaten Vertrag mit dem Gefängnisvorsteher — dem Gerichtsarzt[1]), soweit nicht ein anderer Arzt bestellt ist. Letzteres wird wohl kaum am Amtssitze eines Landgerichtsarztes zutreffen; es müßte denn dieser aus besonderen Gründen selbst die Bestellung eines solchen zweckmäßig erachten (z. B. bei größeren Strafanstalten mit eigenen Lazaretten). Bei dieser organischen Verbindung der Gerichts- und Gefängnisarztstelle läßt sich wohl auch eine dem Zeitaufwand und der körperlichen wie geistigen Arbeitsleistung gerechter entsprechende Honorierung erreichen, als bisher — eine Frage, die ja sogar schon den Landtag beschäftigt hat!

Zu Nr. 5: Die Zeugnisse für die Feuerbestattung sind den Gerichtsärzten ausdrücklich vorbehalten, die Zeugnisse für die Ueberweisung an eine Fürsorge-Erziehungsanstalt gehören wohl sinngemäß auch in das gerichtsärztliche Gebiet.

Daß — wie § 16 I vorschreibt — in Rechtsangelegenheiten (am besten bestimmt man gleich in allen auf gerichtlichen Fragen bezüglichen Angelegenheiten, also auch bei Ablehnung vom Vormundschafts-, Geschworenen- und Schöffenamt, Vernehmungsfähigkeit, Reise- und Haftfähigkeit) die Gutachten ausschließlich, Untersuchungen in der Regel (warum nicht auch ausschließlich?) auf Ersuchen der interessierten Behörde erstattet werden dürfen, ist sowohl im Interesse der Behörden, wie im Interesse des als völlig unparteiisch zu erscheinenden Gerichtsarztes notwendig. Wohl die meisten Medizinalbeamten verfahren jetzt schon so; Verfasser verlangt jedesmal ein schriftliches Anfordern der einschlägigen Behörde, wenn auch natürlich die Kosten dem Untersuchten zur Last fallen, da man am Fernsprecher nie feststellen kann, ob auch wirklich die betreffende Dienststelle mit einem spricht.

Bei Gefahr im Verzug kann auch eine Untersuchung auf Wunsch der Beteiligten vorgenommen werden; jedoch müßte hier in der Niederschrift begründet werden, worin diese Gefahr liegt.

Sehr wertvoll ist die Bestimmung des § 16 III, wonach der Landgerichtsarzt beantragen kann, wenn er dies zur Abgabe des Gutachtens für nötig hält, daß er zu einem Augenschein oder einer Vernehmung beigezogen wird. In der Praxis wird auch bisher ein dahinzielender Antrag noch nie abgelehnt worden sein.

§ 18 regelt noch genauer die Tätigkeit des „Landgerichtsarztes als Gefängnisarzt."

---

[1]) Daß die Tätigkeit des Gerichtsarztes dann nur durch den Regierungs- und Medizinalrat zu beaufsichtigen ist, ist bereits ausgeführt.

§ 19 bestimmt: „Der Landgerichtsarzt darf amtsärztliche Zeugnisse, Gutachten und Bescheinigungen in Verwaltungssachen nur dann ausstellen, wenn ihm die Ausstellung besonders übertragen ist oder wenn er als Vertreter des Bezirksarztes tätig ist.“ Die logische Umkehr hat demnach zu lauten: „Der Bezirks(Kreis-)arzt darf amtsärztliche Zeugnisse, Gutachten und Bescheinigungen in gerichtlichen Angelegenheiten usw.“

Daß ein beamteter Arzt zu ärztlicher Hilfe in Notfällen, der Gerichtsarzt unbedingt bei solchen im Gerichtsgebäude zu ärztlicher Hilfe verpflichtet ist (§ 20), ist selbstverständlich. Auch daß er gemeinnützige Bestrebungen unterstützt (§ 21) — der Gerichtsarzt insbesondere Jugendfürsorge, Fürsorge für entlassene Gefangene und Alkoholmißbrauch (wohl auch Kurpfuschereibekämpfung, Mädchenfürsorge und -Rettung, Kampf gegen die gerade in den Kreisen der geistig und sozial Minderwertigen sehr verbreiteten Geschlechtskrankheiten, gegen die Empfängnis verhütenden oder Schwangerschaft unterbrechenden Mittel) — und zu fördern sucht, gehört gewissermaßen zu seinen Präventivaufgaben.

Auch die Verpflichtung zur Vertretung anderer Amtsärzte (§ 22) bedarf wohl keiner besonderen Begründung.

Ob die Begutachtung der Gerichtsbeamten ebenfalls dem Gerichtsarzte oder ob sie — wie z. B. jetzt für Pensionierung bestimmt — ausschließlich dem Kreisarzt zu übertragen ist, hängt davon ab, ob man den Kreisarzt als den Vertrauensmann der Staatsverwaltung zur Begutachtung sämtlicher Staatsdiener berufen erachtet. Verfasser möchte dieser Ansicht beitreten und demnach die Ausstellung dieser Zeugnisse und Gutachten zum Aufgabenkreise des Verwaltungsarztes rechnen. Anderer Ansicht kann man über die vor der endgültigen Anstellung erforderten Zeugnisse über Unterbeamte sein. Hier mag vielleicht der Gerichtsarzt die Eigenart des Dienstes, der Dienstgebäude und des Amtsbezirks besser kennen.

Die oft besprochene Frage, ob die Begutachtung für die soziale Versicherung den Gerichtsärzten zuzuweisen sei, hat zwei verschiedene Seiten.

Es steht die ganze soziale Gesetzgebung in so innigem Zusammenhange mit dem Fürsorgewesen, daß unbedingt derjenige Amtsarzt mit ihr Fühlung haben muß, der auch das Fürsorgewesen bearbeitet, also der Kreisarzt. Es handelt sich bei der Untersuchung derartiger Kranker — sei es Unfallkranker, sei es Invalider oder Witwen — oft nicht nur um diese, sondern (z. B. bei Tuberkulösen, Geschlechtskranken und dergl.) um viel weitergehende Fragen.

Die zweite Seite aber erscheint, sobald es sich nicht nur um die Begutachtung oder Nachuntersuchung im einfachen Rentenfestsetzungsverfahren handelt, sondern ein Rechtsstreit entsteht und die Hilfe des zuständigen Ge-

richts — sei es Versicherungsamt, Oberversicherungsamt oder Reichsversicherungsamt — in Anspruch genommen wird. Dann scheiden alle sozialen Nebenfragen aus; es ist ein einfacher Prozeß in einer Haftpflichtsache, wenn er auch nicht vor dem ordentlichen Gericht, sondern einem hierfür besonders eingesetzten Gerichtshofe ausgefochten wird. Hier gelten für den Kreisarzt dieselben Momente wie bei anderen gerichtlichen Verfahren und Begutachtungen auch (Zeitverlust durch Warten, zeitraubende Untersuchungen und Schreibarbeiten für Gutachten); vielbeschäftigte Kreisärzte, besonders in Großstädten, schieben schon jetzt gerne solche Arbeiten von sich ab. Besonders suchen sie aber auch sich von Leichenöffnungen in solchen Fällen zu entlasten. Da gerade in Unfall- und Invalidenstreitverfahren sehr oft feinere pathologische Fragen in Betracht kommen, haben aber auch die Berufsgenossenschaften und Invalidenanstalten mehr davon, wenn sie sich an den geübten Obduzenten, an den Gerichtsarzt, halten.

Es dürfte sonach auf dem Gebiete der sozialen Medizin, solange es sich um die Rentenfestsetzung und spätere Nachuntersuchungen dreht, der Kreisarzt, für Obduktionen und Begutachtungen im Rentenstreitverfahren der Gerichtsarzt der geeignetere Sachverständige sein.[1])

---

[1]) Daß ein innerer Zusammenhang der sozialen Medizin mit der gerichtlichen nicht besteht, ist selbstverständlich. Insofern hat Kaufmann-Zürich Recht, wenn er den Unterricht beider nicht verquickt wissen will, und Eisenstadt, der den ernstlichen Vorschlag einer Verbindung beider als ein Zeugnis „von merkwürdiger Ahnungslosigkeit in beiden" erklärt.

Der Unterricht in sozialer Medizin an solche, die später ihre Träger werden sollen — also besonders an künftige Verwaltungsbeamte —, hat diese in den Geist der Hilfe für den sozial Unselbstständigen einzuführen; ebenso die Mediziner, die dieser Bevölkerungsschicht ihre Gesundheit und vor allem einen tunlichst hohen Grad von Erwerbsfähigkeit wieder geben sollen.

Wenn aber trotzdem für die Mediziner der Unterricht bequem an die gerichtliche Medizin angeschlossen — nicht verquickt wird — so hat dies seinen Grund darin, daß der Mediziner nicht selbst Träger der Versicherung wird, nie vom sozialen Empfinden geleitet Wohltaten auf deren Kosten spenden darf, sondern daß er zum Gutachter wird, also unparteiisch urteilen muß. Bei diesen Begutachtungen handelt es sich um gesetzlich festgelegte Rechte — nicht Wohltaten — und ein Recht kann nur auf Grund objektiver Feststellungen zuerkannt werden. Die Grundlage jeden Rechtes ist die Wahrheit (Sittmann). Es muß also der Mediziner lernen, auch bei derartigen Gutachten völlig objektiv, unbeeinflußt durch sein soziales Empfinden, zu urteilen. Daher der äußere Anschluß (nicht Verschmelzung) an die gerichtliche Medizin! Dazu kommt, daß im Unterricht über gerichtliche Medizin die äußere Form von Gutachten, das Betonen des richterlichen Zweckes, das Verständlichmachen für den Laien gelehrt wird, auch die Begriffe von „Haftpflicht" und „Entschädigung" behandelt werden. Daß trotz dieser äußeren Gründe der Unterricht in den sozialen Geist dieser Gesetze einführen muß, liegt im Wesen der Sache.

Aber diese aus der Kontraverse über die Unterrichtsform geschöpften Gründe sprechen auch für die spätere Arbeitsteilung: Rentenfeststellung im Zusammenhange auch mit anderen Fragen dem Sozial- bezw. Verwaltungsmediziner — formale Behandlung der Rechtsstreitigkeiten dem gerichtlichen Mediziner!

Betreffs der Frage, inwieweit die Stellung eines Polizeiarztes mit jener des Gerichtsarztes zu verbinden wäre, wie es in einigen Großstädten, besonders mit Königlicher Polizei, vorkommt, kann ein organischer Zusammenhang zwischen beiden Stellungen so wenig anerkannt werden, wie zwischen Polizei und Gericht. Das Polizeiwesen gehört unstrittig zur engeren Verwaltung — Ministerium des Innern — und demnach ist für polizeiliche Funktionen zunächst der Kreisarzt der berufene Medizinalbeamte.

Daß die Polizei aus mehrfach angeführten Zweckmäßigkeitsgründen Leichenöffnungen — vielleicht auch schon Besichtigungen — durch den Gerichtsarzt vornehmen läßt, ist sehr zu begrüßen und allgemein zu empfehlen. Verfasser selbst hat schon Gelegenheit zu solchen Polizeisektionen gehabt, die wegen des Befundes unterbrochen werden mußten und als gerichtliche fortgesetzt wurden. Es könnte an die Polizeibehörden eine generelle Verfügung erlassen werden, daß sie in solchen Fällen sich an den für den Gerichtsbezirk zuständigen Gerichtsarzt wenden, ohne daß eine weitere Verquickung beider Stellen in Erörterung gezogen wird.

Endlich bereiten, wenigstens in größeren Städten, noch jene Fälle den Kreisärzten viel Zeitverlust und Verdruß, in denen sie in ihrer Amtstätigkeit Verstöße gegen das Gesetz feststellen, das Material bearbeiten und dann dem Gericht zur Verhandlung einreichen. Vielbeschäftigte Herren wünschen damit ihre Tätigkeit als abgeschlossen und die weitere Begutachtung, besonders im Verhandlungstermin, dem Gerichtsarzt übergeben zu sehen. Andernfalls riskieren sie Termine beim Untersuchungsrichter, Gutachten, Verhandlungstermine mit Wartezeit. Es ist der angeführte Wunsch begreiflich, die Sachen können auch vom Gerichtsarzt — der ja kreisärztlich geprüft ist und die einschlägigen Fragen beherrscht — vor dem Gericht gutachterlich vertreten werden. Die erstrebte Entlastung hat der Kreisarzt aber nur dann, wenn er nicht als Zeuge vorgeladen wird.

Verfasser ist sich wohl bewußt, daß er das Thema der Trennung zwischen Verwaltungsarzt und Gerichtsarzt nicht völlig erschöpft hat, glaubt aber immerhin einige triftige Gründe für die Zweckmäßigkeit und Durchführbarkeit auseinandergesetzt zu haben. Es lassen sich je nach Ort und Ortsverhältnissen wohl zu jedem Punkte Gründe für und gegen anführen und neue Gesichtspunkte beibringen. Es kann deshalb eine vielseitige Erörterung nur als begrüßenswert bezeichnet werden; diese anzuregen, ist auch ein Hauptzweck vorstehender Zeilen.

Beiträge zur Typhusverbreitung durch Milch und Maßnahmen gegen gemeingefährliche Typhusbazillen-Dauerausscheider.

Von Med.-Rat Dr. Curtius, Kreisarzt in Stendal.

Von Jahr zu Jahr mehren sich die einwandfreien Beobachtungen, daß an dem plötzlichen Auftreten mehr oder weniger zahlreicher Typhuserkrankungen in Städten mit zentraler Wasserversorgung und Kanalisation Milch die Schuld trägt.

Von den verschiedenen Keimträgern, die eine Infektion der Milch veranlassen können, kommen wohl hauptsächlich folgende in Betracht:

1. Personen, die in der Milchbewirtschaftung tätig sind und gleichzeitig Typhuskranke pflegen.
2. Infiziertes, zum Reinigen der Gefäße und Strecken der Milch benutztes Wasser.
3. Milchkannen, die in Typhushäuser gelangen.
4. Ambulante Typhuskranke.
5. Typhusdauerausscheider.

Die Infektion der Milch kann unter den angegebenen Bedingungen am Milchgewinnungs-, Milchsammel- und Milchverteilungs-Ort stattfinden, d. h. durch Produzenten oder deren Angestellte, durch Molkereipersonal und durch Milchverkäufer oder deren Angestellte.

Wird ein Ort von einer großen Sammelmolkerei oder von einer größeren Milchzentrale aus versorgt, so ist es oft sehr schwierig, die Infektionsquelle aufzufinden, falls nicht gerade zur amtlichen Kenntnis gelangte Typhuserkrankungen an einer der Milchanlieferungsstellen auf die richtige Spur führen. Leichter gelingt der Nachweis, wenn die Milchversorgung eines Ortes von verschiedenen Bezugstellen aus erfolgt.

Bei Milchtyphusfällen auf einem Rittergut X. und in der Stadt Stendal, die in den Jahren 1915 bis 1917 auftraten, ließ sich der Zusammenhang der Infektion genau verfolgen. Als Ursache kamen der Reihe nach in Betracht:

Milchkannen aus einem Typhushaus; eine Person, die in der Milchwirtschaft tätig war und Typhuskranke pflegte; ein Typhusdauerausscheider. Der Zusammenhang war folgender:

Auf dem Rittergut X. war mit einem Transport polnischer Arbeiter aus Lodz eine Typhuskranke eingetroffen. Die Erkrankung wurde längere Zeit nicht als Typhus erkannt; es wurde infolgedessen bald eine größere Zahl Leute in der Polenkaserne angesteckt. Die Polen erhielten Magermilch, die von der Gutsmolkerei in Kannen nach der Polenkaserne geliefert wurde. Die Schweizersfrau, die die Kannen zu reinigen hatte, erkrnakte dann ungefähr 6 Wochen nach dem ersten in der Polenkaserne aufgetretenen Typhusfall. Eine andere Ansteckung als durch die Milchkannen ist kaum möglich, weil die Polenkaserne an dem einen Ende des größeren Ritterguts und die Wohnung der Schweizerfamilie isoliert am anderen

Ende in der Nähe des Kuhstalls liegt. Ein Verkehr zwischen der Schweizerfamilie und den Polen hat nachweislich nicht stattgefunden. Die Schweizerfrau hatte auch die Milch weder zu zentriefugieren noch nach dem Zentrifugenraum zu bringen oder die Kannen von der Polenkaserne zu holen. Ihre Aufgabe war es, zu melken, die Milch zu seihen und die Milchkannen zu reinigen. Nach Ausbruch ihrer Erkrankung blieb sie noch gegen 3 Wochen unbehandelt in ihrer Behausung und wurde von ihrem Manne, der gleichzeitig seinem Beruf als Schweizer nachging, die ganze Zeit über gepflegt. Erst dann wurde sie ins Krankenhaus gebracht und blieb dort bis zu ihrer Genesung. Typhusbazillen wurden bei ihr im Stuhl und Urin vor ihrer Entlassung nicht nachgewiesen.

Noch während der Zeit, als sich die Schweizersfrau krank zu Hause auf dem Rittergute befand, setzten die Milchtyphusfälle in Stendal ein. Die einzelnen in Frage kommenden Zeiten kann ich noch angeben, da ich mir darüber genaue Aufzeichnungen gemacht habe; sie bestätigen die Reihenfolge der einzelnen Infektionen.

Die Typhuskranke aus Lodz traf auf dem Rittergut am 18. Juni 1915 ein, am 30. Juni wurde sie ins Krankenhaus überführt. Die Schweizersfrau erkrankte ungefähr um Mitte Juli oder etwas später; am 7. August erfolgte ihre Ueberführung ins Krankenhaus. Der erste festgestellte Typhusfall in Stendal trat um den 5. August herum auf; andere waren, wie sich später ergab, gegen Ende Juli und Anfang August aufgetreten.

Gleich bei der ersten Typhuserkrankung in Stendal kam wegen der gehäuften Typhusfälle auf dem Rittergut X. diese Milch als Infektionsquelle in Verdacht, da sich andere Ansteckungsmöglichkeiten nicht nachweisen ließen. Dieser Verdacht wurde durch die sofort angestellten Ermittlungen über verdächtige Erkrankungen bei den Käufern der Rittergutsmilch und durch weitere 14 Typhusfälle in Stendal bestätigt. Alle Kranken hatten diese Milch genossen.

Auf dem Rittergute erkrankten 1915 in der Kaserne 17 Polen, in den Tagelöhnerhäusern 5 Leute, darunter die Schweizersfrau und 1 ihrer Kinder, im Herrschaftshause 2 Personen. Im nächsten Jahre (1916) erkrankten dann wieder in der Polenkaserne 6 Polen und im Rittergutshause 2 Personen. Auch in Stendal kamen 3 Typhusfälle vor, die auf die Rittergutsmilch zurückzuführen waren.

Da ich wegen dieser Erkrankungen im Jahre 1916 annahm, daß die Schweizersfrau eine Dauerausscheiderin sein müßte, wurden ihre Ausscheidungen wiederholt, aber mit negativem Erfolge untersucht; auch fanden ergebnislos Stuhl- und Urinuntersuchungen von Bewohnern des Herrschaftshauses statt.

Als dann 1917 2 zugezogene Hausmädchen, die die Milch zu zentrifugieren hatten, sowie einige Leute auf dem Rittergut und ebenso in Stendal eine ganze Anzahl Personen, die Milch vom Rittergut X. genossen hatten, an Typhus erkrankten, lag

es auf der Hand, daß nur ein Dauerausscheider die Ursache der der Infektion sein konnte, da die besonders gezeichneten Milchkannen der Polenkaserne weder in die Gutsmolkerei noch in den Kuhstall gelangen durften, auch in der Polenkaserne gereinigt wurden, und die Milch für die Polen sowie für die Tägelöhnerfamilien vor dem Rittergutshause bezw. durch ein Fenster durch Umgießen in die Kannen der Polenkaserne und in sonstige mitgebrachte Behälter abgegeben wurde.

In erster Linie kam die Schweizersfrau als Dauerausscheider in Frage, weil sie 1915 an Typhus gelitten und das übrige Hauspersonal gewechselt hatte. Untersuchungen der angeblich von ihr stammenden Ausscheidungen blieben jedoch wiederum ergebnislos; erst nachdem ihre Ueberführung ins Krankenhaus veranlaßt war, wurden bei Serienuntersuchungen, von denen auch einzelne negativ ausfielen, sowohl im Stuhl-, wie Urin Typhusbazillen nachgewiesen. Ihr Blutserum ergab in Verdünnung von 1 zu 50 eine undeutliche Reaktion. Gerade dieser Befund wird aber von Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lentz im klinischen Jahrbuch, Band XIV, Abhandlung über chronische Typhusbazillensträger, als typisch für Bazillenträger angegeben.

Wie gemeingefährlich Typhusdauerausscheider sein können, geht auch aus dieser Beobaehtung hervor. Die gesetzlichen Handhaben ihnen gegenüber müßten deshalb im Interesse der Allgemeinheit eine Erweiterung dahin erfahren, daß bei Typhusbazillendauerausscheidern

1. jede Aenderung der Arbeitsstelle und jeder Ortswechsel polizeilich gemeldet,

2. der Eintritt in Betriebe, in denen sie die Allgemeinheit gefährden, sofort verboten,

3. die Benutzung eines eigenen Aborts vorgeschrieben werden muß.[1])

Wechselt ein Dauerausscheider seinen Wohnsitz oder seine Arbeitsstelle, ohne daß sofort die erforderlichen Schutzmaßregeln von neuem getroffen werden, so bleiben seine zuweilen gemeingefährlichen Eigenschaften zunächst verborgen und er kann dasselbe Unheil von neuem anrichten. Unter Umständen kann es sogar recht lange dauern, bis seine Beziehungen zu neu auftretenden Typhusfällen aufgedeckt werden, namentlich wenn er sich rechtzeitig wieder aus dem Staube macht.

Wenn auch mancher Dauerausscheider für die Allgemeinheit mehr harmlos ist, kann doch anderseits die Gemeingefähr-

---

[1]) Im vorliegenden Falle wurde die Schweizersfrau sofort aus dem Betriebe der Milchwirtschaft entfernt, ihr ein besonderer Abort zugewiesen und sie eingehend belehrt. Auch erhielt die Schweizersfamilie eine andere vom Kuhstall entfernte Wohnung. Da aber ihr Ehemann noch als Zwischenträger die Milch infizieren kann, darf er nur melken. Auch wurden alle sonstigen Vorsichtsmaßregeln, wie Aufkochen der Milch unter ständiger polizeilicher Kontrolle, Plombenverschluß der Milchkannen für Stendal etc. aufrecht erhalten. Ferner wurden bauliche Veränderungen vorgenommen, z. B. Verbesserung von Kanalisation, Bau zweier vom Kuhstall getrennter Räume zum Seihen, Kochen, Kühlen und Aufbewahren der Milch und der Milchgeräte.

lichkeit von Dauerausscheidern, die zu Nahrungs- oder Genußmittelbetrieben in Beziehung stehen, namentlich von Schweizern, Angestellten in Molkereien und Wasserwerken, nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Für notwendig halte ich es ferner, daß Personen, die den begründeten Verdacht erwecken, daß sie Typhusbazillendauerausscheider sind, auf kreisärztliche Berichte hin durch Entscheidung der Regierung zum kurzfristigen Aufenthalt von etwa 10 Tagen in einem Krankenhause gezwungen werden können. Vereinzelte Untersuchungen der Ausscheidungen genügen eben nicht, sondern es müssen Serienuntersuchungen vorgenommen werden.

Die Aufnahme in ein Krankenhaus ist auch deshalb erforderlich, um die Möglichkeit zu verhindern, daß die Ausscheidungen anderer Personen zur Untersuchung kommen. Namentlich gilt dies für bereits ermittelte gemeingefährliche Dauerausscheider; denn diese haben ein Interesse daran, von den ihnen unbequemen Beschränkungen und der ihnen lästigen Kontrolle befreit zu werden.

Je nach der Gemeingefährlichkeit oder Harmlosigkeit der Dauerausscheider wären die gegen sie zu treffenden Maßregeln abzustufen. Anordnungen, die sich doch nicht auf die Dauer durchführen lassen, weil sie als zu lästig empfunden oder nicht nachgeprüft werden können, unterbleiben besser gänzlich. Namentlich steht manchen bisher üblichen Anordnungen auch der Umstand im Wege, daß sich die Typhusbazillen-Ausscheidungen zuweilen über unbegrenzte Zeit erstrecken können. So gelang es mir, vor einiger Zeit eine Dauerausscheiderin festzustellen, deren Krankheit 17 Jahre zurücklag.

Der Runderlaß des Herrn Min. des Innern vom 21. Febr. 1916, M. Nr. 13313, betr. Behandlung von Typhusbazillen-Dauerausscheidern unter den Heeresangehörigen und Vorsichtsmaßregeln nach ihrer Entlassung in die Heimat müßte auch für Zivilpersonen Geltung haben, wie dies z. B. in Lothringen durch Verordnung des Herrn Bezirkspräsidenten vom 1. Okt. 1915 der Fall ist.

Nachschrift:

Inzwischen konnte ich nachweisen, daß eine größere Typhusepidemie in Tangermünde, die durch Genuß von gehacktem, rohem, mit Typhusbazillen infiziertem Pferdefleisch veranlaßt wurde, ebenfalls auf eine Dauerausscheiderin zurückzuführen war. Es handelt sich hier nicht etwa um eine Paratyphus-, sondern um eine Typhusepidemie, wie durch Leichenöffnungen, viele positive Befunde von Typhusbazillen im Blut, Stuhl und Urin, auch durch zahlreiche positive Widal-Reaktionen einwandsfrei nachgewiesen ist.

Die Epidemie umfaßt bis jetzt 100 Fälle und ist bereits in das Kontaktstadium übergegangen.

Die Infektion des Pferdefleisches kam auf folgende Weise zustande:

Eine 14jährige Typhusdauerausscheiderin war in einer Roßschlächterei als Laufmädchen angestellt. Durch Verkehr mit ihr zog sich das Hausmädchen einen ambulanten Typhus zu (Widal 1:100 positiv, Typhusbazillen im Stuhl) und infizierte das zum Hackfleisch zu verarbeitende schiere Fleisch, das sie von den Knochen abzulösen hatte.

Auch diese Epidemie beweist die Gemeingefährlichkeit von Typhusbazillen-Dauerausscheidern im Nahrungsmittelgewerbe und die Dringlichkeit ganz energischer Maßnahmeu gegen diese Personen. Dringlich erscheinen mir diese Maßnahmen, weil jetzt viele Personen durch die geänderte Lebensweise, auch durch Unterernährung geschwächt und deshalb für Infektionen leichter empfänglich sind.

Nach meiner Auffassung unterliegt es nicht dem geringsten Zweifel, daß man durch ein allgemeines planmäßiges Vorgehen gegen die Dauerausscheider einen großen Fortschritt in der Typhusbekämpfung erzielen wird, wie auch Jochmann in seinem Lehrbuch der Infektionskrankheiten mit den Worten betont: Die Bedeutung der Typhusbazillenträger für die Epidemiologie des Typhus kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Wenn von den Gegnern energischer Maßnahmen gegen Typhusbazillen-Dauerausscheider der Einwurf erhoben werden sollte, daß sie in der Regel für ihre Umgebung harmlos sind, so trifft das nur für ihre ständige Umgebung zu. Nach meinen Beobachtungen liegt dieses daran, daß sich bei der gesunden Umgebung von Typhuskranken häufig ein positiver Widal einstellt, d. h. mit anderen Worten, daß diese Personen Typhusbazillen aufgenommen haben, ohne zu erkranken und hierdurch wohl immun geworden sind. Sobald aber fremde Personen in den Haushalt von Dauerausscheidern, oder sie selbst in einen anderen Haushalt kommen, so werden ihre gefährlichen Eigenschaften manifest. Als Beispiel für den ersteren Fall kann ich eine Gewerbetreibende in St. anführen, bei der neues Personal immer wieder an Typhus erkrankt.

Typhusschutzimpfungen und Blinddarmentzündung.

Von Kreisarzt Dr. Straube in Schwerin a. W., z. Zt. in Kutno (Polen).

Die guten Erfolge der Typhusschutzimpfungen beim Heere haben mich mehrfach veranlaßt, auch bei der einheimischen Bevölkerung Polens, unter der der Typhus — zumal im ersten Jahre der Besetzung — außerordentlich verbreitet war, diese Schutzimpfungen anzuwenden. Wenn in einer Ortschaft trotz Anwendung aller Schutzmaßnahmen, die hier schneller und umfassender getroffen werden können, weil die in der Heimat üblichen Hemmungen fehlen, immer wieder und wieder neue Typhuserkrankungen auftraten, so ließ ich sämtliche Ortseinwohner 3mal gegen Typhus impfen. In dieser Weise habe ich in 4 Dörfern verfahren, so daß gewöhnlich 300—400 Per-

sonen geimpft wurden; der Erfolg war in diesen 4 Fällen jedés Mal ein frappanter: die Typhuserkrankungen waren in diesen Orten plötzlich wie abgeschnitten.

Da außer den Impfungen auch alle sonstigen Schutzmaßnahmen, insbesondere die Verlegung der Kranken in ein Seuchenspital, regelmäßig angewandt wurden, liegt nun die Annahme nahe, daß zur Zeit, wo die Impfungen vorgenommen wurden, die Seuche auch ohne die Schutzimpfungen erloschen wäre. Mag man diesen Einwand gegen die Schutzkraft der Typhusimpfung auch bei drei von den von mir beobachteten Epidemien gelten lassen, — wenngleich immerhin das regelmäßige plötzliche Aufhören der Erkrankungen nach den Impfungen bei vorher manchmal monatelangen Bestehen der Krankheit ziemlich merkwürdig wäre, — so ist bei der vierten Epidemie die günstige Wirkung doch so augenfällig, daß mir ein Zweifel an der Wirksamkeit der Impfungen ausgeschlossen zu sein scheint:

In Gut und Dorf L. (Kreis Kutno) kamen, wie mir der alte Gutsarzt angab, von je her Jahr für Jahr mehrfach Typhusfälle vor; seit November 1914 aber, wo die Krankheit durch zahlreiche Flüchtlinge aus Lodz frisch eingeschleppt war, traten besondere zahlreiche Erkrankungen auf. Die Beseitigung des Typhus war hier um so dringender, als die in Kutno vorhandenen Kriegslazarette auf die Molkerei in L. bezüglich der Milch- und Butterlieferung angewiesen waren. Es war daher schon vor meiner Ankunft in Kutno (Februar 1915) militärischerseits mit größter Energie die Typhusbekämpfung in L. in die Hand genommen und unter anderm ein besonderes Spital am Orte zur Unterbringung der Erkrankten eingerichtet worden, in dem zeitweise 30—40 Typhuskranke (meist Kinder) lagen. Nachdem von der Zivilverwaltung die Seuchenbekämpfung organisiert war, konnten noch erheblich schärfere und umfassendere Maßnahmen in Anwendung gebracht werden: Täglich wurden sämtliche Häuser auf Kranke abgesucht, die krank Befundenen sofort in das Spital übergeführt und die Krankenwohnungen desinfiziert. Der Genuß ungekochten Trinkwassers wurde verboten, Milch durfte nur nach gründlicher Abkochung abgegeben werden. Stuhl und Urin des Molkereipersonals wurden wiederholt bakteriologisch untersucht, ohne daß es gelang, eines Bazillenträgers habhaft zu werden. Nach langem heißen Bemühen ließen die Erkrankungen endlich im März 1915 nach, so daß das Spital im April aufgelöst wurde. Im Mai und Juni traten aber erneut zahlreiche Erkrankungen auf, so daß die Krankenzahl die höchste Höhe erreichte. Da entschloß ich mich, die gesamte Einwohnerschaft von Gut und Dorf L. (etwa 400 Porsonen) zwangsweise gegen Typhus zu impfen. Die Gutsherrschaft und der Propst waren mir bei der Aufklärung der Bevölkerung behilflich und unterstützten mich nach Kräften dabei, die Leute, die natürlich an solche Maßnahmen hier durchaus nicht gewöhnt waren, dazu zu bringen, daß sie sich gutwillig den Impfungen unterzogen. Es wurden sämtliche über 5 Jahre alten Personen Anfang Juli 1915 3 mal gegen Typhus geimpft und seit dieser Zeit war der Typhus in L. verschwunden! Es ist bis zum heutigen Tage (also seit $2^1/_2$ Jahren) nie wieder ein Typhusfall dort aufgetreten! Wenn man bedenkt, daß die von jeher in dem Orte grassierende Seuche bis zur Impfung zwar mit größter Energie, aber erfolglos bekämpft wurde, bis sie plötzlich nach den Impfungen dauernd erlosch, so wird auch der größte Skeptiker diese Tatsache nur auf die Impfung beziehen können.

Solche Erfahrungen sollten uns m. E. doch veranlassen, auch in der Heimat in geeigneten Fällen von Typhusimpfungen der Zivilbevölkerung öfters Gebrauch zu machen; allerdings müßten die Impfungen unter die Schutzmaßnahmen, die gegebenenfalls polizeilich angeordnet werden dürfen, aufgenommen werden.

Nennenswerte Erkrankungen im Gefolge der Impfungen

— außer den üblichen (Fieber, Schmerzen an der Injektionsstelle, Drüsenschwellungen) — sind weder bei meinen Impfungen der Zivilbevölkerung Polens, noch bei den Tausenden von militärischen Impfungen, die ich vorher in der Heimat ausgeführt habe, vorgekommen. Erst in letzter Zeit hatte ich hier in einer Stadt (O) meines Nachbarkreises, in dem ich den beurlaubten Kreisarzt vertrat, Gelegenheit, eine ernste Erkrankung und einen Todesfall festzustellen, die im Anschluß an die Typhusschutzimpfung eingetreten waren. In O. waren seit längerer Zeit Typhuserkrankungen in gehäufter Zahl aufgetreten, so daß sich der Kreisarzt entschloß, umfangreiche Zwangsimpfungen anzuordnen; es waren am 2. und 9. Mai d. J. je 800 Personen geimpft worden; bei allen war der Verlauf ein normaler bis auf die oben erwähnten beiden Fälle:

I. Bei dem ersten Fall handelte es sich offenbar um eine Serumerkrankung. Der ziemlich kräftige Mann von 41 Jahren, der früher Serumeinspritzungen nicht erhalten hatte, wurde am 2. Mai zum ersten Male gegen Typhus geimpft (0,5). Die Krankengeschichte war nach Mitteilung des einheimischen Arztes folgende:

Bald nach der Injektion starker Frost, Hitze, starke Schmerzen im Kopf, Kreuz, in Armen und Beinen. Der Zustand hielt einige Tage an, dann Schweiße 2—3 Tage lang.

14. Mai: Der Kranke wird wegen zunehmender Schwäche und Schmerzen in den Knien bettlägerig.

16. Mai: Es wird zum ersten Male ein Arzt zugezogen. Temperatur 38,8, Puls 120. Große Schwäche, kein Appetit. Am Unterleib an einigen Stellen stecknadelkopfgroße rote Flecke, die bei Fingerdruck verschwinden. Zunge trocken. Starke Bronchitis und Conjunctivitis. Paraartikuläres Oedem des recht schmerzhaften Knies. Milz papabel, Abdomen sonst ohne Befund; Stuhlgang normal.

20. Mai: Reichlicher Ausschlag (stecknadelkopfgroße rote Flecke) am Bauch, an Armen und Beinen. Gesicht und Ohren rot und gedunsen, auf den erheblich geschwollenen Knien große urtikariaartige Flecke, Ergebnis der bakteriologischen Bluntuntersuchung im Hygienischen Institut in Lodz: Serumreaktion positiv auf Typhus, weshalb der Arzt den Fall als Typhus meldete.

23. Mai: Ueberall reichlicher Ausschlag, auch an den Handflächen und Fußsohlen (ähnlich wie beim Fleckfieber), Augen gerötet und tränend.

27. Mai: Temperatur 37—37,4, Puls 104. Noch starker Husten, kein Appetit; im übrigen Nachlaß der Erscheinungen. Die Haut schuppt sich an den Füßen.

Nach 8 Tagen konnte der Kranke das Bett verlassen und erholte sich schnell.

II. Der zweite Fall hatte leider einen unglücklichen Ausgang. Am 21. Mai teilte mir der Bürgermeister von O. mit, daß ein Mann an den Folgen der Typhusschutzimpfung gestorben wäre; die Bevölkerung sei infolgedessen in großer Aufregung. Am 22. Mai nahm ich die Leichenöffnung vor, die im wesentlichen folgenden Befund ergab:

Kaum mittelgroßer, mäßig kräftiger Mann, 22 Jahre alt . . . . Bauch etwas aufgetrieben, weich . . . Darm durch Gase aufgetrieben mit deutlicher Gefäßfüllung . . . Bauchfell trübe, streckenweise eitrig belegt. Darmschlingen vielfach miteinander verklebt, die Verklebungen lassen sich leicht lösen. Zwischen den Darmschlingen und in den seitlichen Teilen der Bauchhöhle reichlich Eiter. Die Eiteransammlung ist am stärksten in der Umgebung des Wurmfortsatzes, der 7 cm lang, verdickt, dunkelrot verfärbt und brüchig ist; er zeigt mehrere brandige Herde. Der Wurmfortsatz ist mit den benachbarten Darmschlingen verklebt, die Verklebungen lassen sich leicht lösen, keine alten Verwachsungen; seine Schleimhaut ist verdickt und gerötet. Im übrigen ergab die Sektion keine nennenswerten Veränderungen. Die Impfstellen an der Brust waren völlig reaktionslos; keine Drüsenschwellungen.

Hiernach war der Tod an eitriger Bauchfellentzündung erfolgt, die durch Blinddarmentzündung verursacht war.

Die Krankengeschichte, wie sie sich aus der Vernehmung der beiden behandelnden Aerzte, sowie der Angehörigen des Verstorbenen ergab, war in ihren wesentlichen Zügen folgende:

Elias O. war von je her etwas zart, wurde leicht ohnmächtig, überstand vor 6 Monaten ein leicht verlaufendes Fleckfieber. War danach gesund, hatte insbesondere nie Symptome, die auf Blinddarmentzündung hindeuteten. O. wurde am 2. Mai zum ersten Male gegen Typhus geimpft (0,5), hatte etwa 2 Tage danach Hitze, fühlte sich aber dann wieder völlig gesund. Am 9. Mai vormittags wurde er zum zweiten Male geimpft (1,0), bekam mittags Frost und Hitze, große Mattigkeit.

Am 10. und 11. Mai große Hitze, phantasiert etwas; bleibt im Bett.

Am 12. Mai Bauchschmerzen.

Am 15. Mai sehr starke Bauchschmerzen, Erbrechen, Oligurie, Obstipation.

Am 16. Mai wird zum ersten Male ein Arzt zugezogen, der eine Bauchfellentzündung feststellt. Temperatur 38,0, Puls 120, klein. Abdomen überall druckempfindlich.

Am 17. Mai: Allgemeinbefinden etwas besser, Bauchschmerzen geringer, aber fast beständig Erbrechen. Temperatur wenig erhöht, Puls ein wenig kräftiger. Im Urin 1,15 : 1000 Eiweiß. Hyaline und gekörnte Zylinder im Urin. Reichlich Indican.

Am 18.—19. Mai immer noch erhebliche Bauchschmerzen. Zunehmende Schwäche.

Am 20. Mai beständig starkes Erbrechen. Puls sehr klein und beschleunigt. Facies hippocratica. Mittags sehr starke Bauchschmerzen. Anurie. Tod abends 9 Uhr.

Hiernach hat sich die tödliche Blinddarm- und Bauchfellentzündung unmittelbar an das durch die zweite Typhusschutzimpfung bedingte Fieberstadium angeschlossen, so daß der Laie selbstverständlich ohne weiteres den Tod auf die Impfung zurückführte. Der Arzt wird sich jedoch bei Stellungnahme zu der Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Impfung und Blinddarmentzündung in diesem Falle mit Rücksicht auf die Tatsache, daß meines Wissens nach den unzähligen militärischen Schutzimpfungen nie eine derartige verhängnisvolle Folge aufgetreten ist, eine gewisse Zurückhaltung auferlegen müssen. Soweit ich mich hier unterrichten konnte, besteht in der Literatur völlige Uebereinstimmung darüber, daß sich die unangenehmen Folgen der Impfungen fast stehts auf 1—2 tägiges Fieber und Schmerzen an der Injektionsstelle beschränken; seltener treten Drüsenschwellungen, Anginen und vorübergehende Albuminurie auf. Von W. Weichardt[1]) wird außerdem darauf aufmerksam gemacht, daß latente tuberkulöse und andere infektiöse Prozesse durch die Impfungen mobilisiert werden können. Toenniessen[2]) hat in 2 Fällen Venenthrombose, die nach seiner Ansicht durch toxische Einwirkung ähnlich wie bei Typhus entstanden war, und einmal akuten Typhus beobachtet.

---

[1]) Ueber Typhusimmunisierung. Münchener med. Wochenschrift; Jahrg. LXII, Nr. 18.

[2]) Toenniessen E: Längerdauernde Krankheitserscheinungen in zeitlichem Zusammenhange mit der Typhusschutzimpfung. Münchener med. Wochenschrift; Jahrgang LXII, Nr. 13.

Schlesinger[3]) hat öfter eine vorübergehende Verschlimmerung leichter Erkrankungen bezw. ein Wiederaufflackern abgeheilter Prozesse gesehen (Herzneurose, rheumatische Beschwerden, Albuminurie, Lungenspitzenkatarrh, Schnupfen, Laryngitis, Akne. Die einzigen Angaben, aus denen man auf einen Zusammenhang zwischen Typhusimpfungen und Blinddarmentzündnng schließen kann, finde ich in einer Arbeit von Georg Wolfsohn[4]), in der der Verfasser über eine Reihe von eigenartig entstandenen Blinddarmentzündungen berichtet, bei denen die Schleimhaut des Wurmfortsatzes fast stets nur geringe Veränderungen zeigte, bestehend in kleinen Blutungen oder oberflächlichen Erosionen. Alle Kranken waren 2 bis 3 mal gegen Typhus geimpft, hatten die bekannte ›Allgemeinreaktion unmittelbar nach der Impfung überstanden und sich dann wohl gefühlt. Der Beginn des neuen Krankheitsbildes (Mattigkeit, Kopfschmerzen, Gliederreißen, Durchfälle mit Leibschmerzen, Druckempfindlichkeit der Blinddarmgegend, Temperaturerhöhung, dabei guter Puls,) entwickelte sich erst 2—3 Wochen darauf. Sämtliche Fälle wurden durch Appendektomie schnell geheilt. W. meint, man könnte vielleicht an einen Zusammenhang dieser Blinddarmentzündungen mit der Typhusschutzimpfung denken; es sei aber nicht wahrscheinlich, daß so lange Zeit nach der Impfung noch eine Spätwirkung des Impfstoffs eingetreten sei. W. glaubt mit Rücksicht darauf, daß er in einzelnen späteren Fällen Typhus- bezw. Paratyphusbazillen im Wurmfortsatz gefunden hat, daß es sich um leichte Typhusinfektionen gehandelt habe.

Wenn man sich die Erfahrungen dieses Autors vergegenwärtigt und damit den oben geschilderten Fall vergleicht, so wird doch wohl die Vermutung nahegelegt, daß Typhusimpfungen tatsächlich Blinddarmentzündungen zur Folge haben können, so daß man auch bei dem obduzierten Falle einen ursächlichen Zusammenhang kaum a limine wird ausschließen können. Mir erscheint ein solcher jedenfalls wahrscheinlicher, als die Annahme daß nur ein rein zufälliger zeitlicher Zusammenhang zwischen der Impfung und Blinddarmentzündung vorliegen sollte; man dürfte dann die Blinddarmentzündung als Analogen der nach Typhusimpfungen beobachtete Anginen aufzufassen haben, die im vorliegenden Falle wohl nur deshalb einen so unglücklichen Ausgang genommen hat, weil die Erkrankung völlig vernachlässigt und ärztliche Hilfe erst wenige Tage vor dem Tode zugezogen worden war.

Ein bestimmtes Urteil wird man erst fällen können, wenn ähnliche Fälle häufiger beobachtet werden sollten; deshalb erschien es mir zweckmäßig, durch Veröffentlichung des Falles die Aufmerksamkeit auf diese Frage zu lenken.

---

[3]) Schlesinger, E: Die Begleiterscheinung der Typhusschutzimpfung auf Grund von 1340 Impfungen. Münchener med. Wochenschr.; Jahrg. LXII, Nr. 18.

[4]) Appendicitis und Typhus. Berliner klin. Wochenschrift; 1915, Nr. 33.

Tagesnachrichten.

Auf das **Huldigungstelegramm,** das die vom 23. bis 26. v. M. in Berlin tagenden **ärztlichen Abteilungen der waffenbrüderlichen Vereinigungen** Deutschlands, Oesterreichs und Ungarns an Se. Majestät den Kaiser gerichtet hatten, hat dieser nachstehende Antwort gegeben:

„Den aus den Ländern des Vierbundes versammelten Aerzten herzlichsten Dank für den freundlichen Gruß! Der Wiederaufbau der Volkskraft gehört zu den großen Aufgaben, die nur durch Zusammenwirken von Wissenschaft und Gesetzgebung unter der warmherzigen Anteilnahme aller einsichtsvollen Bevölkerungskreise gelöst werden können. Es ist mir deshalb eine Freude, daß die in schwerem Ringen treu verbündeten Völker auch diese Friedensaufgabe gemeinsam aufgenommen haben. Ich begleite die Verhandlungen mit warmen Wünschen; möchten sie den verbündeten Ländern zum Segen gereichen! Den deutschen und den ausländischen Aerzten meinen Gruß!

Wilhelm I. R."

Der **Bundesrat** hat in seiner Sitzung am 16. d. M. den **Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** und den Entwurf eines **Gesetzes gegen die Verhinderung von Geburten** angenommen.

Aus dem preußischen Landtage. Bei der am 12. d. M. erfolgten Beratung des **Haushalts für das Medizinalwesen** im verstärkten Staatshaushaltsausschuß entspann sich ebenso wie im Vorjahre eine lebhafte Erörterung über die angeblichen **Schädigungen des Salvarsan** aus Anlaß einer Petition des früheren Polizeiarztes Dr. Dreuw-Berlin, der die Einsetzung einer paritätischen Kommission zur Beratung der Angelegenheit beantragt hatte. Der Antrag wurde von konservativer und sozialdemokratischer Seite sowie von einem Mitglied des Zentrums befürwortet, von einem Mitglied der fortschrittlichen Volkspartei und vom Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner bekämpft. Der letztere führte aus, daß nach einer vor kurzem nochmals vom Minister angeordneten statistischen Erhebung, an der sich etwa 500 Aerzte beteiligt haben, 265158 Personen mit Salvarsan behandelt und 1268346 Einspritzungen bei diesen gemacht sind. Schädigungen mit tötlichem Ausgang sind nur bei 20 Kranken, also ein Fall auf je 12500 Kranken beobachtet worden. Nur 16 Aerzte haben sich ablehnend geäußert, alle übrigen übereinstimmend das Salvarsan als wesentliche Bereicherung des Heilschatzes bezeichnet. Bei ausreichender Beherrschung der Technik seien Schädigungen so gut wie ausgeschlossen. Der Ausschuß lehnte darauf den Antrag ab und ging über die Petition zur Tagesordnung über.

In derselben Sitzung gab Min.-Direktor Prof. Dr. Kirchner auch eine Uebersicht über die im Jahre 1917 im ganzen Deutschen Reiche vorgekommenen **Pockenfälle.** Es sind im ganzen 2400 Erkrankungen mit 400 Todesfällen festgestellt, die Todesfälle fast ausschließlich bei ungeimpften oder über 50 bis 60 Jahre alten Personen.

Im **Bayerischen Landtage** erklärte der Staatsminister des Innern Dr. v. Brettreich auf eine Anfrage, daß er ein Bedürfnis nach **Schaffung eines Landesgesundheitsamts** für Bayern nicht anzuerkennen vermöge.

Ehrentafel. Es hat weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

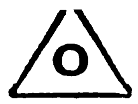
Stabsarzt a. D. Dr. **Hillenberg,** Kreisarzt in Halle a. S.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Stabsarzt d. Res. u. Regt.-Arzt Dr. Dietrich Schmidt, **Kreisarzt in** Hoya (Prov. Hannover) (im Felde an Herzschlag gestorben.)

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

31. Jahrgang; Nr. 5.  Ausgegeben am 5. März 191

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 5, am Schlusse des Heft

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geh. Med.-Rat: den Kreisärzten und Med.-Räten Dr. Nickel in Perleberg, Dr. Telschow in Spandau, Dr. Sudhölter in Minden i. W.; — der Charakter als Medizinalrat: dem Kreisarzt Dr. Ocker in Berlin-Lichterfelde; — der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Krückmann in Berlin; — das Verdienstkreuz für Kriegshilfe: dem Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt, Reg.- und Med.-Rat in Posen, den Kreisärzten und Med.-Räten Dr. Hartisch in Rawitzsch, Dr. Laschke in Schroda, dem Med.-Rat Dr. Schroeder, Kreis- und Stadtarzt in Altona.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Beitzke in Tuchel zum Kreisarzt daselbst, Kreisassistenzarzt Dr. Dembowski in Danzig zum Kreisarzt in

Beppen, Stadtassistenzarzt Dr. Goetze in Altona zum Kreisarzt in Spremberg, Oberarzt d. R. Dr. Herbert Bodenstein, zurzeit im Felde, zum Kreisassistenzarzt des Kreises Waldenburg.

Königreich Bayern.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Endres in Biddingen zum Bezirksarzt in Hammelburg.

Gestorben: Landgerichtsarzt Dr. Pfeiffer in Traunstein, Professor Dr. v. Sichererer in München.

Königreich Württemberg.

Auszeichnung: Verliehen: Der Titel und Rang eines Obermedizinalrates: den Oberamtsärzten und Medizinalräten Dr. Krauß in Kirchheim und Dr. Späth in Esslingen, sowie dem Medizinal-Rat Dr. Habermaas beim Vorstand der Landesversicherungsanstalt in Württemberg und dem Hofrat Dr. Schleicher, Oberbahnarzt in Stuttgart; — der Titel und Rang eines Medizinalrats: dem Oberamtsarzt Dr. Georgii-Geislingen a. St. sowie Dr. Brecke, Direktor der Lungenheilstätte Ueberruh und Dr. Elliesen, Direktor der Lungenheilanstalt Wilhelmsheim; — das Kommenturkreuz des Ordens der Württembergischen Krone: dem Medizinaldirektor Dr. v. Rembold in Stuttgart; — das Kommenturkreuz II. Klasse des Friedrichordens: dem Regierungsdirektor Dr. v. Beißwänger, stellvertr. Vorstand der tierärztlichen Abteilung des Medizinalkollegiums in Stuttgart; — das Ritterkreuz I. Klasse des Friedrichsordens; den Oberamtsärzten und Medizinalräten Dr. Ludwig in Leonberg und Dr. Haag in Heilborn; — das Wilhelmskreuz: dem Med.-Rat Dr. Härlin in Neuenbürg, sowie den Oberärzten Dr. Gutekunst an der Heilanstalt Weißenau und Dr. Mögelin an der Heilanstalt Zwiefalten.

Grossherzogtum Hessen.

Ernannt: Die praktischen Aerzte Dr. Heid-Nieder-Ramstadt (Kreis Darmstadt) und Dr. Schüppert-Urberruh (Kreis Dieburg) zu Kreisassistenzärzten.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt: Med.-Rat Dr. Neuhaus, Bezirksarzt in Gera zum medizinaltechnischen Referenten bei der dortigen fürstlichen Regierung.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Die Landgerichtsarztstelle in **Traunstein.** Meldungen bei der für den Bewerber zuständigen K. Regierung, Kammer des Innern.

Stadtassistenzarztstelle

bei der Stadt **Düsseldorf** infolge Anstellung des Inhabers im Staatsdienst frei geworden. Gehalt 4500—6000 Mark und während des Krieges widerrufliche Zulage von 1200 Mark jährlich. Dreimonatige Kündigung. Privatpraxis nicht gestattet. Möglichst Nachweis der im § 3 des Kreisarztgesetzes bezeichneten Erfordernisse. Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen baldigst erbeten. Im Militärdienst befindliche kreisärztlich geprüfte Bewerber werden g. F. berücksichtigt. Persönliche Vorstellung nur auf Wunsch.

Düsseldorf, den 13. Februar 1918.

Der Oberbürgermeister.

---

31. Jahrg. 1918.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 5.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. März.

Die dem Reichstag vorgelegten Entwürfe eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und eines Gesetzes gegen die Verhinderung von Geburten.

Vom Herausgeber.

Dem Reichstage sind jetzt die schon länger angekündigten Gesetzentwürfe betreffend die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und die Verhinderung von Geburten zugegangen. Sie bilden nur einen kleinen Teil des dem Reichstage im Jahre 1910 vorgelegten Gesetzentwurfes betr. die Mißstände im Heilgewerbe, der damals im Reichstage großen Widerspruch fand und in den zu seiner Beratung eingesetzten Ausschüssen derart abgeändert wurde, daß die Reichsregierung auf seine Erledigung keinen besonderen Wert mehr legte und ihn dem seitdem neugewählten Reichstag nicht wieder vorgelegt hat. Der Krieg zeigte aber sehr bald die dringende Notwendigkeit von behördlichen Maßnahmen auf diesem Gebiete; sie wurden demzufolge auch in richtiger Erkennung der Sachlage sehr bald von allen stellvertretenden kommandierenden Generälen für ihren Bezirk angeordnet. Der Wortlaut dieser Bestimmungen, deren Inkraft-

treten erfreulicherweise nicht erst an die Zustimmung des Reichstags geknüpft war, stimmt mehr oder weniger überein und entspricht im großen und ganzen den Vorschriften des früher dem Reichstage vorgelegten Gesetzentwurfs. Die betreffenden Verordnungen umfassen also nicht nur die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und des Geburtenrückganges, sondern die Bekämpfung der Mißstände im Heilgewerbe überhaupt, also auch die Bekämpfung des ganzen Kurpfuschereiwesens, des Schwindels mit Geheim- und Schwindelmitteln usw. Die beiden jetzt dem Reichstage vorgelegten Gesetzentwürfe bedeuten also demgegenüber eine erhebliche Einschränkung, die seitens der Staatsregierung wohl hauptsächlich aus dem Grunde erfolgt ist, daß sie mit größerer Sicherheit auf die Zustimmung des Reichstages rechnen kann, wenn sie vorläufig nur die beiden wichtigsten und brennendsten Punkte auf dem großen Gebiete der Bevölkerungspolitik herausgreift: die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und die Verhinderung des Geburtenrückgangs. Diese beiden Fragen stehen außerdem insofern in engem Zusammenhange, als die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gleichzeitig eines der hauptsächlichsten Mittel zur Verhinderung des Geburtenrückgangs bildet; die beiden Entwürfe sind deshalb auch zu einer Gesetzesvorlage vereinigt und ihre Begründung nach mancher Richtung hin eine gemeinsame. Zunächst wird in dieser auf den in den letzten Jahrzehnten sich im Deutschen Reiche immer mehr bemerkbar machenden **Geburtenrückgang** hingewiesen (seit dem Jahrfünft 1841/45 von 36,7 auf 26,8 ‰ im Jahre 1914); allerdings ist in demselben Zeitraum auch die Sterbeziffer von 26,1 auf 15 ‰ gesunken, so daß sich bei der Geburtenüberschußziffer an sich keine Abnahme bemerkbar macht (1841/45: 10,6 ‰ gegen 12,4 ‰ im Jahre 1913). Indessen kommt auch eine solche deutlich zum Ausdruck, wenn man nur die letzten Jahre 1896/1900 (14,7 ‰ gegen 12,4 % im Jahre 1913) und die absoluten Zahlen (1906: 910275 und 1913 nur 833800 Geburtenüberschuß) zum Vergleiche heranzieht. Jedenfalls steht fest, daß die natürliche Vermehrung des deutschen Volkes ihren Höhepunkt bereits überschritten und in Sachsen und Elsaß-Lothringen die größte, in Württemberg, Bayern und Preußen die geringste Abnahme erfahren hat. In den meisten anderen europäischen Staaten ist dies allerdings auch der Fall, in einzelnen, z. B. in England, Belgien und vor allem in Frankreich, erheblich höher; dies darf uns aber nicht abhalten, mit allen Mitteln den für die natürliche Bevölkerungszunahme und damit auch für die wirtschaftliche und politische Zukunft des deutschen Volkes so verhängnisvollen Geburtenrückgang nach Möglichkeit aufzuhalten. Die Wichtigkeit dieser Aufgabe tritt noch deutlicher zutage, wenn man erwägt, daß infolge der Abwesenheit einer großen Zahl im Felde stehender Männer während der Kriegsjahre ein weiterer sehr erheblicher Geburtenrückgang erfolgt ist und zu diesen noch die Kriegsverluste hinzutreten, so daß in manchen

Kreisen sich überhaupt kein Geburtenüberschuß, sondern ein Fehlbetrag bemerkbar machen wird. In der Begründung wird hierzu ausgeführt, daß der Geburtenrückgang schon seit langer Zeit von der Reichsverwaltung und von der preußischen Regierung mit ernster Sorge verfolgt ist und Kommissionen zu seiner Beratung eingesetzt sind. Es heißt dann weiter:

„Außerdem bildet in allen Schichten der Bevölkerung seit längerer Zeit der Rückgang der Geburten den Gegenstand der lebhaftesten Erörterungen. Zahllose Abhandlungen der Tages- und Fachpresse, umfangreiche Broschüren und Flugblätter, Vorträge in politischen, in medizinischen und in sonstigen Vereinen, Resolutionen auf Kongressen u. dgl. haben in den letzten Jahren eine Flut von Meinungsäußerungen über die Ursachen der Geburtenverminderung, über deren Folgen und über die dagegen anzuwendenden Mittel gebracht. Dabei hat sich ergeben, daß die Entstehung des Uebels nicht auf einige wenige bestimmt abgrenzbare Ursachen zurückzuführen ist, sondern in mannigfachen Erscheinungen ihren Ursprung hat, die in der politischen und wirtschaftlichen Entwicklung des Deutschen Reichs zutage getreten sind, und daß deshalb auch die Mittel, die zur Bekämpfung des Uebels dienen sollen, den verschiedensten Gebieten zu entnehmen sind. Nur dahin scheinen die meisten Meinungen sich zusammenzufinden, daß dem Uebel zum größten Teile eine durch das ganze Volk gehende Bewegung zugrunde liegt, die mit Absicht und mit voller Ueberlegung auf eine Beschränkung der Kindererzeugung gerichtet ist, und daß die Ursachen dieser Beschränkung sittlicher, sozialer und wirtschaftlicher Natur sind. Dem Mißstande läßt sich deshalb auch nicht allein durch gesetzliche Maßnahmen oder behördliche Anordnungen ein Ende machen; er wird vielmehr besonders auch durch eine Einwirkung auf die sittliche Auffassung über die Verpflichtung des Einzelnen zur Erhaltung unseres Volksganzen zu bekämpfen sein. Gleichzeitig müssen die wirtschaftlichen Schwierigkeiten, die mit einer größeren Kinderzahl verbunden sind, nach Möglichkeit beseitigt oder doch gemindert werden.

Nach dieser Richtung hin werden umfangreiche und vielseitige, nicht leicht zu lösende Aufgaben in Angriff gekommen und für sich erledigt werden müssen. Unabhängig davon werden aber im schrittweisen Vorgehen diejenigen Maßnahmen einzuleiten sein, die, im wesentlichen auf gesundheitspolizeilichem Gebiete liegend, schon jetzt ohne längere Vorbereitungen getroffen werden können und die insbesondere auch derjenigen ernsten Ursache des Geburtenrückganges entgegenwirken sollen, die mit der freiwilligen Geburtenbeschränkung nichts zu tun hat, neben ihr aber von unheilvollster Wirkung ist: das sind die verheerenden ansteckenden Geschlechtskrankheiten."

In der Begründung wird dann mit Recht hervorgehoben, daß die **Geschlechtskrankheiten** zur Steigerung des Geburtenrückganges wesentlich dadurch beitragen, daß sie die Zeugungsfähigkeit des Mannes aufheben, zur Unfruchtbarkeit der Frau führen, die gezeugten Früchte meist vorzeitig absterben oder, falls sie lebend geboren werden, bald zugrunde gehen. Wenn auch über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Deutschen Reiche sichere Angaben nicht vorliegen, so kann man doch nach den bisherigen amtlichen und sonstigen Erhebungen annehmen, daß z. B. im Königreich Preußen die Gesamtzahl der in einem Jahr erfolgenden venerischen Erkrankungen mindestens 500000, d. i. 1,45 v. H. der Bevölkerung beträgt. In München sind nach einer im Jahre 1914 vom 7. Januar bis 6. Februar veranstalteten Erhebung über die in ärztlicher Behandlung befindlichen Geschlechtskrankheiten insgesamt 3600 Geschlechtskranke, d. h. 5,62 auf je 1000 Einwohner ermittelt, davon waren 69,31 % männlichen und 30,69 %

weiblichen Geschlechts; 49,11 % litten an Tripper, 1,39 % an weichem Schanker, 49,50 an Syphilis. Die Zahl der wegen venerischen Krankheiten in den allgemeinen Krankenhäusern aufgenommenen Personen ist von 47019 in den Jahren 1898 bis 1901 auf 105503 gestiegen. In Preußen sind in den Jahren 1903 bis 1910 unter je 1000 der eingestellten Rekruten durchschnittlich 7,6 % geschlechtskrank befunden, in der preußischen und bayerischen Armee und den sächsischen und württembergischen Armeekorps zusammen in den Jahren 1903 bis 1908: 7,2 %.

Betreffend der gesundheitlichen Bedeutung der Geschlechtskrankheiten heißt es dann in der Begründung:

„Sie führen allerdings nur selten alsbald zum Tode, stellen jedoch für den Betroffenen ernste Leiden dar, welche die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit schwer zu erschüttern und das Leben um eine Reihe von Jahren zu verkürzen vermögen. Beim Tripper, der noch von vielen Männern mit Unrecht als ein harmloses Leiden angesehen wird, sind es vor allem die Mit- und Nachkrankheiten, wie hartnäckige Gelenkentzündung, Herz- und Nierenleiden, Veränderungen in der Vorsteherdrüse, nervöse Beschwerden, die ein Siechtum herbeiführen können. Die Tripperinfektion der Frau kann ferner Unterleibsleiden der mannigfaltigsten Art erzeugen, welche die Arbeitsfähigkeit und Lebensfreude der Erkrankten dauernd zu beeinträchtigen vermögen. Die Syphilis pflegt eine Reihe von bedenklichen Organerkrankungen hervorzurufen, insbesondere langwierige und schwere Leiden infolge von Entartung der Blutgefäße des Herzens, ferner Erkrankungen im Innern des Auges, die zur Erblindung führen können, sowie Rückenmarkschwindsucht und Gehirnparalyse. (Die Zahl der an Rückenmarkschwindsucht und Gehirnparalyse ist z. B. in den Anstalten für Geisteskranke behandelten Personen von 2757 bezw. 9498 im Jahre 1902 auf 5757 bezw. 11862 im Jahre 1913 gestiegen).

Die Bedeutung der Geschlechtskranhheiten beschränkt sich aber nicht auf die Folgen für den Kranken selbst, vielmehr kommt ihnen, wie schon oben angedeutet wurde, ein erheblicher Anteil an dem Rückgang der Geburten zu. Durch die Geschlechtskrankheiten wird sehr häufig die Unfruchtbarkeit der Ehe verschuldet. Werden die weiblichen Unterleibsorgane mit Tripper infiziert, so wird in vielen Fällen eine Empfängnis dauernd unmöglich gemacht, oder nach der Geburt eines Kindes bleibt infolge entzündlicher Veränderungen und Verwachsungen an den inneren Organen jede weitere Schwangerschaft aus (Einkindsterilität). Frauen, die mit Syphilis angesteckt sind, bringen entweder überhaupt keine lebenden Kinder zur Welt, oder ihre Kinder gehen meist in früher Jugend an der syphilitischen Infektion zugrunde. Die Ueberlebenden aber sind, falls ihen nicht eine sorgfältige ärztliche Behandlung zuteil wird, in ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung auf das schwerste geschädigt.“

Die Begründung nimmt hierauf noch auf die von Dr. Prinzing aufgestellte Berechnung Bezug, wonach in Deutschland bei etwa 300000 kinderlosen Ehen diese Kinderlosigkeit durch Geschlechtskrankheit der Männer oder durch Ansteckung der Frauen bedingt wird, und daß nach einer Eingabe der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten der Geburtenausfall allein durch frühere Trippererkrankungen im Deutschen Reich alljährlich wenigstens 100000 Kinder beträgt. Einen schweren Schaden bedeutet auch die durch Uebertragung des mütterlichen Trippergiftes auf die Bindehaut des Kindes während der Geburt hervorgerufene Augenentzündung der Neugeborenen; bei 25 % aller Blinden bildet sie die Ursache ihrer Erblindung.

Gegenüber der Tatsache, daß der ungehemmte Geschlechtsverkehr die Hauptursache für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten bildet, und daß diese fortdauernd in furchtbarem Maße das Glück und die Gesundheit der Familien bedrohen, sogar oft auch vernichten, Unfruchtbarkeit der Frauen herbeiführen und die Grundlage der Wehrhaftigkeit eines Volkes zum Wanken bringen, erwächst dem Staate daher die Pflicht, sich nicht mit den Ermahnungen zur Sittlichkeit zu begnügen, sondern mit allen zu Gebote stehenden Mitteln vorzugehen. Daß damit Erfolge erzielt werden können, geht aus den in der deutschen Armee und der Kaiserlichen Marine gemachten Erfahrungen hervor; hier sind die Erkrankungsfälle von venerischen Krankheiten nach einer beigefügten Uebersicht von 41,0 bezw. 159,3 ‰ der Kopfstärke im Jahre 1881/82 durch die getroffenen Maßnahmen auf 21,2 bezw. 57,8 ‰ zurückgegangen. Betreffs der im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen heißt es dann in der Begründung:

„Der vorliegende Gesetzentwurf befaßt sich nicht erschöpfend mit allen Maßnahmen, die im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten in Betracht kommen. Er beschränkt sich auf diejenigen Bekämpfungsmittel, deren Anwendung selbst in der jetzigen Kriegszeit keine Schwierigkeiten bietet und über deren Zweckmäßigkeit grundsätzliche Meinungsverschiedenheiten nicht zu befürchten sind. Aus diesem Grunde hat beispielsweise die von verschiedenen Seiten empfohlene Einführung der Anzeigepflicht bei Geschlechtskrankheiten, sowie die Forderung der Beibringung von Gesundheitszeugnissen für Brautleute vor ihrer Eheschließung keine Aufnahme gefunden. Auch erschien es ratsam, nur solche Punkte der Regelung auf dem Wege der Reichsgesetzgebung zuzuführen, die eine gleichmäßige Gestaltung für das ganze Reichsgebiet erheischen und nicht ebensogut auf dem Wege einzelstaatlicher Verordnungen geregelt werden können. Wenn die Frage der ärztlichen Behandlung Geschlechtskranker nur für die Dirnen Berücksichtigung gefunden hat, so waren hierfür, abgesehen von der Tatsache, daß diese Personengruppe als die gefährlichste Trägerin und Verbreiterin der Geschlechtskrankheiten anzusehen ist, folgende Erwägungen maßgebend: Die Fürsorge für geschlechtlich Erkrankte hat hauptsächlich darin zu bestehen, daß diesen Personen tunlichste Erleichterung geboten wird, sich ärztlichen Rat zu erholen und in sachgemäße Heilbehandlung zu begeben. Nach dieser Richtung Vorsorge zu treffen, insbesondere die Krankenhausbehandlung für Geschlechtskranke sicherzustellen und für das Vorhandensein einer genügenden Anzahl von Betten in den Krankenhäusern zu sorgen, ist Aufgabe der Gemeindeverwaltungen und der Kommunalverbände und zählt heute schon zu ihren pflichtmäßigen Aufgaben. Durch Reichsgesetz in die einschlägigen landesrechtlichen Zuständigkeitsbestimmungen einzugreifen, ist auch deshalb nicht empfehlenswert, weil die Beantwortung der Frage, wer die Kosten der Krankenfürsorge zu tragen hat, stets nur nach Landesrecht wird erfolgen können. Es kommt außerdem in Betracht, daß für den von der Sozialgesetzgebung erfaßten Teil der Bevölkerung des Reichs die Krankenfürsorge bereits sichergestellt ist. Nach § 205 der Reichsversicherungsordnung kann bekanntlich die Fürsorge auch auf Familienmitglieder der Versicherten ausgedehnt werden. Auch das Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911 (Reichs-Gesetzbl. S. 989) bietet die Möglichkeit, geschlechtskranken Versicherten ein Heilverfahren zuteil werden zu lassen, so daß infolge der gesetzlichen Versicherungspflicht, zu der sich die freiwillige Krankenversicherung hinzugesellt (z. B. in den akademischen Krankenkassen), für einen großen Teil der Bevölkerung eine sachgemäße Heilbehandlung erreichbar ist. . . . . . Schließlich darf noch hingewiesen werden auf die von den Landesversicherungsanstalten unter Führung des Reichs-Versicherungsamts ins Leben gerufenen Beratungsstellen für Versicherte und ihre Familienangehörigen, sofern sie geschlechtlich erkrankt sind.“

In der allgemeinen Begründung des Gesetzentwurfes, betreffend die Verhinderung des **Geburtenrückganges** wird betont, daß dieser entsprechend den Hauptursachen dieses Rückganges: die absichtliche Verhütung der Kinderzeugung mit Hilfe von empfängnisverhütenden Mitteln und die in steter Zunahme begriffenen Abtreibungen der Leibesfrucht, diejenigen Maßnahmen vorsieht, die erforderlich und zweckmäßig sind, um den Verkehr mit empfängnisverhütenden oder fruchtabtreibenden Mitteln Beschränkungen zu unterwerfen. Während die Zahl der standesamtlich gemeldeten Totgeburten in dem Zeitraum 1880 bis 1910 von 3,9 % der Geborenen auf 2,9 % gesunken ist, hat nach dem übereinstimmenden Urteil ärztlicher Sachverständiger die Zahl der vor dem 7. Schwangerschaftsmonat erfolgten, d. h. der „unzeitigen" Geburten erheblich zugenommen. Als hauptsächlichste Ursache dieser bedauernswerten Erscheinung wird von allen Sachverständigen die Zunahme der absichtlichen Unterbrechungen der Schwangerschaft angesehen. Die Zahl derartiger Fehlgeburten ist auf mehrere Hunderttausend und die Zahl der durch Anwendung empfängnisverhütender Mittel verhinderten Schwangerschaften sicherlich um ein Vielfaches höher zu schätzen. Während in den Jahren 1882—1884 durchschnittlich nur 265 Personen wegen Abtreibungen verurteilt sind, ist ihre Zahl in den Jahren 1912 und 1913 auf 1318 und 1518 gestiegen.

Ferner lassen die Ergebnisse einer von der preußischen Medizinalverwaltung in Aerztekreisen veranstalteten Umfrage keinen Zweifel darüber bestehen, daß zumal im Verlaufe der letzten Jahre in den verschiedenen Bezirken nicht nur ein bedenkliches Anwachsen der Fehlgeburten an sich, sondern vor allem eine Zunahme solcher Fehlgeburten zu beobachten ist, von denen angenommen werden konnte, daß sie absichtlich herbeigeführt wurden, und daß zu diesem Zwecke zuvor kriminelle Eingriffe stattgefunden haben. So werden oft ohne jeden ernsten Grund die Aerzte um eine vorzeitige Beseitigung der Schwangerschaft ersucht; von diesen abgewiesen, gehen die Frauen schließlich zu gewerbsmäßigen Abtreiberinnen oder nehmen selbst unerlaubte Eingriffe an sich vor. Infolgedessen hat in den Entbindungsanstalten und Frauenkliniken die Zahl derjenigen Fehlgeburten, die mit schweren Blutungen, hohem Fieber oder sogar gefährlichen Verletzungen der Geschlechtsorgane verbunden sind, erheblich zugenommen. In Verbindung mit diesen Tatsachen steht der Umstand, daß namentlich in den Großstädten die Zahl der gewerbsmäßigen Abtreiberinnen sowie der mit Abtreibung sich beschäftigenden Kurpfuscher außerordentlich angewachsen ist. Werden doch gerade durch die Eingriffe solcher gewissenlosen Personen, unter denen sich auch gescheiterte Hebammen, Massösen und dergleichen befinden, die in der Tagespresse in unauffälliger Weise ihren Rat „in diskreten Fällen", „für bevorstehende Entbindungen", „für die Behandlung chronischer Blutstockungen durch Massage"

usw. anbieten, oft schwangeren Frauen schwere, häufig tödlich verlaufende Gesundheitsschädigungen zugefügt.

Betreffs der empfängnisverhütenden Mittel heißt es dann in der Begründung:

„Während diese empfängnisverhütenden Mittel hauptsächlich im außerehelichen Geschlechtsverkehre nicht nur zur Empfängnisverhütung, sondern besonders auch zum Schutze gegen Ansteckung benutzt wurden, im ehelichen Verkehre hingegen nur dort, wo auf ärztlichen Rat hin eine Schwangerschaft wegen gesundheitlicher Gefährdung der Frau vermieden werden sollte, werden sie gegenwärtig von zahlreichen gesunden und wirtschaftlich leistungsfähigen, selbst jungverheirateten Eheleuten lediglich zu dem Zwecke angewendet, um der Schwangerschaft überhaupt oder wenigstens einer wiederholten Schwangerschaft der Frau vorzubeugen. Die weitverbreitete Anwendung dieser Mittel ist nur dadurch möglich geworden, daß eine stets wachsende Anzahl von Spezialgeschäften es verstanden hat, nicht nur durch geschickte Anpreisungen die Aufmerksamkeit auf diese Gegenstände zu lenken und sie jedermann leicht zugänglich zu machen, sondern sie vor allem auch vielen Personen in die Hand zu spielen, die aus eigener Ueberlegung gar nicht auf den Gedanken gekommen wären, im ehelichen Verkehre davon Gebrauch zu machen.

Wie amtliche Erhebungen, die in Preußen im Jahre 1912 über die Ursachen des Geburtenrückganges angeordnet wurden, ergeben haben, werden Stadt und Land geradezu überschwemmt mit Anpreisungen, Preisverzeichnissen und dergleichen, in denen solche als ‚Gummiwaren‘, ‚Schutzmittel‘, ‚hygienische Bedarfsartikel‘ usw. bezeichnete Mittel der Bevölkerung immer wieder unter dem Hinweis auf die ‚wirtschaftlichen und gesundheitlichen Nachteile einer zu großen Kinderzahl‘ sowie auf die Notwendigkeit einer Beschränkung des Nachwuchses, ‚um die wenigen Kinder besser erziehen zu können‘, empfohlen werden. Namentlich Verlobten und jung verheirateten Paaren, deren Namen aus den Zeitungen, nicht selten auch bei den Standesämtern ermittelt wurden, werden planmäßig Druckschriften zugesandt, die unter gewandter Aufmachung einen medizinisch-wissenschaftlichen Anstrich erhalten haben und auf den Rat hinauslaufen, sich ‚zunächst für einige Jahre‘ der Schutzmittel zu bedienen, um den wirtschaftlichen Nachteilen und der Schwächung der jungen Frau, die mit der Geburt eines Kindes ‚fast immer verbunden seien‘, zu entgehen und sich ‚wenigstens die ersten Jahre der Ehe‘ möglichst angenehm zu gestalten. Aehnliche Zusendungen erhalten zahlreiche Männer und Frauen auch nach der Geburt des ersten Kindes. Ferner werden die Schutzmittel in Frisierläden, in Drogenhandlungen und anderen Geschäften meist unter harmlos klingender, aber jedermann verständlicher Bezeichnung jungen unverheirateten Personen beiderlei Geschlechts angeboten und unter Hervorhebung der Gefahrlosigkeit des außerehelichen Geschlechtsverkehrs bei ihrer Anwendung geradezu aufgedrängt. Nachdem diese mit dem Gebrauche solcher Mittel vertraut geworden sind, wird bei ihnen die Neigung, sie später auch in der Ehe anzuwenden, nur zu leicht wiederkehren. Es gibt sogar größere Handelsgeschäfte mit besonderen weiblichen Reisenden, deren Aufgabe es ist, den Frauen die Mittel ins Haus zu bringen und die Anwendungsweise zu erklären. Seitdem sich neuerdings auch der Hausierhandel diesen Gegenständen zugewandt hat, gelangen die in Rede stehenden Mittel selbst in die entlegensten Ortschaften."

Um die außerordentlichen Gefahren, die der Gesundheit und dem Wachstum des deutschen Volkes sowie seiner Sittlichkeit durch den weitverbreiteten Absatz der empfängnisverhütenden und fruchtabtreibenden Mittel drohen, zu beseitigen, bedarf es besonderer gesetzlicher Maßnahmen; denn die Vorschriften des geltenden Rechtes reichen nicht aus, um den geschilderten Mißständen wirksam zu begegnen. Gegen den Mißbrauch mit empfängnisverhütenden Mitteln bietet wohl § 184 Nr. 3 des Strafgesetzbuchs einen gewissen Schutz; er ist aber insofern unzureichend, weil er nur die öffentliche Ausstellung

oder Ankündigung, nicht aber die Herstellung, die Einfuhr und den Handel, selbst nicht einmal den Hausierhandel mit empfängnisverhütenden Gegenständen trifft. Noch weniger gewährt § 184 Nr. 3 Schutz gegen den Mißbrauch mit Mitteln oder Gegenständen zur Beseitigung der Schwangerschaft, denn selbst die öffentliche Ankündigung, Herstellung, Einfuhr usw. solcher Mittel oder Gegenstände ist danach nur dann strafbar, wenn das Abtreibungsmittel gleichzeitig zur Empfängnisverhütung und deshalb zu unzüchtigem Gebrauche bestimmt ist oder der Nachweis erbracht wird, daß das Mittel zur Beseitigung der Schwangerschaft einer bestimmten Person dienen sollte (§§ 218 bis 220, § 49a Str. G. B.).

Der Wortlaut der beiden Gesetzentwürfe ist folgender:[1])

A. Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

§ 1. Geschlechtskrankheiten im Sinne dieses Gesetzes sind Syphilis, Tripper und Schanker, ohne Rücksicht darauf, an welchen Körperteilen die Krankheitserscheinungen auftreten.[2])

---

[1]) Die Begründung der Einzelbestimmungen ist, soweit es der Raum gestattet, in Anmerkung beigefügt.

[2]) Der Entwurf bezieht sich also nur auf Geschlechtskrankheiten, die nach Auffassung der ärztlichen Wissenschaft als ansteckende gelten, also auf Syphilis, Tripper und Schanker. Die Syphilis ist eine schleichende Infektionskrankheit, die durch die im Kaiserlichen Gesundheitsamte von dem Mitglied dieser Behörde Fritz Schaudinn im Jahre 1905 entdeckte Spirochaeta pallida verursacht wird. Dieser Krankheitserreger vermag sich in den verschiedensten Organen des Körpers anzusiedeln und zu vermehren und ist imstande, schwere Schädigungen und Zerstörungen der Gewebe hervorzurufen. Die Uebertragung der Krankheit erfolgt meist durch den Geschlechtsverkehr, wobei der Krankheitserreger durch geringfügige Verletzungen der Haut oder Schleimhaut seinen Eingang in den Körper findet. Auch durch Küsse und beim Stillen syphilitischer Kinder kann die Krankheit übertragen werden. Endlich sind Aerzte, Hebammen und Pflegepersonen bei der Berührung syphilitischer Kranker einer Berufsinfektion mit Syphilis ausgesetzt. Außer der unmittelbaren Uebertragung der Krankheit besteht auch die Möglichkeit einer mittelbaren Infektion durch Gebrauchsgegenstände. So kann die Syphilis übertragen werden durch ärztliche oder zahnärztliche Instrumente, Rasiermesser, Kämme, Schwämme, Gabeln, Löffel, Trinkgefäße, Tabakspfeifen, Blasinstrumente usw. Nach dem Verschwinden der ersten Krankheitserscheinungen verläuft die Syphilis häufig ohne äußere Anzeichen weiter und kann noch nach Jahren schwere Krankheitserscheinungen (z. B. Rückenmarksschwindsucht und Gehirnerweichung) hervorrufen. Die Krankheit kann sowohl vom Vater als auch von der Mutter auf die Nachkommenschaft vererbt werden.

Die Gonorhöe (Tripper), deren Erreger im Jahre 1879 von Neißer, Breslau, entdeckt worden ist, wird fast ausschließlich durch den Geschlechtsverkehr übertragen und äußert sich beim Manne zunächst durch einen eitrigen Ausfluß aus der Harnröhre. Namentlich bei vernachlässigter Behandlung kommt es im weiteren Verlaufe der Krankheit u. a. zu Entzündungen benachbarter Teile, z. B. der Harnblase. Greift die Entzündung auf die Nebenhoden oder bei der Frau auf das Innere der Gebärmutter über, so kann Zeugungsunfähigkeit und Unfruchtbarkeit die Folge sein. Bei Frauen bedarf es unter Umständen schwieriger Operationen, um die Erkrankten vor dauerndem Siechtum zu bewahren.

Der weiche Schanker tritt in Form von Geschwüren an den Geschlechtsteilen auf und führt häufig zur Vereiterung der Leistendrüsen. Die Krankheit wird hervorgerufen durch einen von Ducrey im Jahre 1889 entdeckten kettenförmigen Bacillus. Bei sachgemäßer Behandlung führt sie in

§ 2. Wer den Beischlaf ausübt, obwohl er weiß oder den Umständen nach annehmen muß, daß er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein.[8])

---

wenigen Wochen zur Heilung. Bei Vernachlässigung des Leidens kommt es jedoch zu Zerstörungen, auch zu brandigem Zerfall der Gewebe. Von dem weichen Schanker ist der harte Schanker zu unterscheiden, der die örtliche Erscheinung der beginnenden Syphilis darstellt.

Die vorgesehene Bestimmung, wonach es für die Anwendbarkeit des Gesetzes gleichgiltig ist, an welchen Körperstellen die Krankheitserscheinungen auftreten, bezweckt, im Hinblick auf das Verbot im § 3 den Kurpfuschern die etwaige Ausrede unmöglich zu machen, daß sie sich zur Behandlung für befugt erachtet hätten, weil die Krankheit ihren Sitz außerhalb der Geschlechtsorgane gehabt habe.

[8]) Nach geltendem Rechte kann die Ausübung des Beischlafs durch eine geschlechtskranke Person nur unter dem Gesichtspunkte der vorsätzlichen oder fahrlässigen Körperverletzung strafrechtlich verfolgt werden. Dieser Rechtszustand ist vielfach als unbefriedigend bezeichnet worden, weil dabei das Interesse der Allgemeinheit an der wirksamen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu wenig berücksichtigt sei. Es wurde deshalb schon im Jahre 1893 vorgeschlagen, der Verbreitung von Geschlechtskrankheiten auf dem Wege einer Sondervorschrift gegen Geschlechtskranke, die in Kenntnis ihrer Erkrankung den Beischlaf ausüben, entgegenzuwirken. Neuerdings hat sich auch der Ausschuß des Reichstags für Bevölkerungspolitik in diesem Sinne ausgesprochen. Der bisherige strafrechtliche Schutz gegen die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten durch Ausübung des Geschlechtsverkehrs reicht jedenfalls zur wirksamen Bekämpfung dieser Krankheiten nicht aus. Den Strafvorschriften über die Körperverletzung fehlt vor allem die abschreckende und vorbeugende Kraft auf diesem Gebiete, weil sie für die Allgemeinheit nicht deutlich genug zum Ausdrucke bringen, daß sie sich auch auf die Ansteckung mit Krankheiten, insbesondere mit Geschlechtskrankheiten, beziehen. Außerdem kann eine Bestrafung aus dem vornehmlich in Betracht kommenden § 223 des Strafgesetzbuchs, da der Versuch nicht strafbar ist, nur dann eintreten, wenn der Geschlechtsverkehr des Erkrankten die Uebertragung der Krankheit zur Folge gehabt hat. Aber auch wo dies der Fall ist, scheitert die Verfolgung vielfach an der Schwierigkeit, im Einzelfalle den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Geschlechtsverkehre des Täters und der Erkrankung des Verletzten sowie den Vorsatz des Täters nachzuweisen. Diesem Uebelstande läßt sich nicht dadurch begegnen, daß man den Aerzten eine Anzeigepflicht auferlegt. Denn durch eine solche Maßregel würde man den Kranken lediglich in die Hände der Kurpfuscher treiben und einer vom Standpunkt des Kranken wie seiner Umgebung gleich unerwünschten Geheimhaltung der Erkrankung Vorschub leisten. Ein Erfolg ist von einer Strafvorschrift nur dann zu erwarten, wenn sie schon die Gefährdung mit Ansteckung erfaßt. Deshalb schlägt der § 2 die Bestrafung desjenigen vor, der den Beischlaf ausübt, obwohl er weiß oder den Umständen nach annehmen muß, daß er noch oder wieder an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet. Die Vorschrift ist im Hinblick auf die Gemeingefährlichkeit der Handlung und den gewissenlosen Leichtsinn des Täters durchaus gerechtfertigt. Aehnliche Vorschriften bestehen z. B. im Gouvernement Warschau und im Schweizer Kanton Schaffhausen. Das Schwergewicht der Vorschrift liegt auf dem Gebiete der Generalprävention; bei dem diskreten Charakter der geschlechtlichen Beziehungen werden die Fälle, in denen es bei der Gefährdung durch den Beischlaf geblieben ist, nur selten an den Richter gelangen. Mit einer Anzeige wird in der Regel nur dann zu rechnen sein, wenn der Geschlechtsverkehr zur Ansteckung geführt hat. Aber gerade in solchen Fällen wird die Vorschrift für die Praxis von Nutzen sein, denn sie wird ein Einschreiten in all den Fällen ermöglichen, in denen der Gesichtspunkt der Körperverletzung wegen der Schwierigkeit der Beweisführung nicht zum Ziele führt.

§ 8. Die Behandlung von Geschlechtskrankheiten und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane, die nicht auf Grund eigener Wahrnehmung an der zu behandelnden Person erfolgt (Fernbehandlung,) ist verboten.[4])

Der § 2 beschränkt sich darauf, die Gefährdung durch Ausübung des Beischlafs unter Strafe zu stellen. Weiter zu gehen und jeden mit Strafe zu bedrohen, der einen anderen in irgendeiner Weise der unmittelbaren Gefahr der Ansteckung mit einer Geschlechtskrankheit aussetzt, empfiehlt sich nicht. Den praktischen Bedürfnissen wird genügt, wenn der Hauptfall, die Vollziehung des Beischlafs, getroffen wird.

Ernstliche Nachteile sind von der vorgeschlagenen Vorschrift nicht zu befürchten. Insbesondere darf die Gefahr, daß die Vorschrift zu unbegründeten Anzeigen und zu Erpressungen führen könne, nicht überschätzt werden. Die Möglichkeit solchen Mißbrauchs besteht schon jetzt, da, wie ausgeführt, nach geltendem Rechte die Ansteckung durch den Geschlechtsverkehr als Körperverletzung bestraft werden kann. Klagen sind trotzdem nicht laut geworden. Die Bedenken werden zudem dadurch erheblich abgeschwächt, daß die Verfolgung nur auf Antrag eintreten soll. Diese Vorschrift empfiehlt sich zur Schonung der Privatinteressen und im Hinblick darauf, daß auch im geltenden Rechte die Ansteckung, soweit sie sich als einfache Körperverletzung darstellt, nur auf Antrag verfolgt werden kann.

Der § 2 verlangt Ausübung des Beischlafs in Kenntnis der geschlechtlichen Erkrankung und in Kenntnis der Ansteckungsgefahr der Geschlechtskrankheit. Dem Wissen ist die Kenntnis solcher Umstände gleichgestellt, die dem Täter die Annahme, daß er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leide, aufnötigen. Antragsberechtigt ist die gefährdete Person; neben ihr oder an ihrer Stelle der gesetzliche Vertreter entsprechend der Vorschrift des § 65 des Strafgesetzbuchs. Trifft — bei eingetretener Ansteckung — der Tatbestand des § 2 mit dem Tatbestande der Körperverletzung zusammen, so kommt nach § 73 des Strafgesetzbuchs dasjenige Strafgesetz zur Anwendung, welches die schwerste Strafe androht.

[4]) Werden die Geschlechtskrankheiten sachverständig, rechtzeitig und gründlich behandelt, so verlaufen sie dank den insbesondere in den letzten Jahren erzielten Fortschritten der ärztlichen Wissenschaft in der Regel ohne bleibende Folgen für die davon Befallenen. Ungenügend oder nicht behandelt bilden sie indessen eine dauernde Gefahr für Gesundheit und Leben des Kranken. Aber diese Gefahr beschränkt sich nicht auf den Kranken allein. Jeder Tag, den der Geschlechtskranke ohne ärztliche Behandlung verbringt, vermehrt die Wahrscheinlichkeit, daß die Krankheit auf andere Personen (Ehegatten, Kinder, Arbeitsgenossen) übertragen wird. Eine rasche und sorfältige Heilbehandlung gereicht also nicht nur dem Kranken selbst zum Vorteil, sondern ist auch für das allgemeine Wohl von größter Wichtigkeit. Der Erfolg einer Heilbehandlung ist in erster Linie bedingt durch eine richtige Diagnose, wie sie nur auf Grund eigener Wahrnehmungen an dem zu Behandelnden gestellt werden kann. Solche eigenen Wahrnehmungen fallen bei der Fernbehandlung fort, so daß die Diagnose nicht eigentlich der Behandelnde, sondern vielmehr der Kranke selbst oder einer seiner Angehörigen oder gar ein fernstehender Dritter zu stellen pflegt. Demgemäß erfolgt auch die Behandlung auf Grund von Angaben oder Symptomen, die völlig unsicher sind und auch auf ihre Zuverlässigkeit und Richtigkeit von dem Behandelnden nicht nachgeprüft werden können. Es bedarf keiner Erörterung, welche Gefahren und Schäden für den einzelnen und die Gesamtheit eine solche Fernbehandlung im Gefolge hat; deshalb verbietet der Entwurf im § 8 Abs. 1 allgemein die Behandlung von Geschlechtskrankheiten und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane, die nicht auf Grund eigener Wahrnehmung an der zu behandelnden Person erfolgt. Das Verbot macht keinen Unterschied zwischen approbierten Aerzten und Nichtärzten. Da für approbierte Aerzte bereits die ärztliche Standessitte die Fernbehandlung nicht zuläßt, ist es nicht notwendig, für sie eine Ausnahme von dem allgemeinen Verbote zu machen. Dagegen wird vom Entwurfe nicht gefordert, daß die Untersuchung des Patienten in vollem Umfang vom Behandelnden persönlich

Personen, welche die staatliche Anerkennung als Arzt (Approbation) nicht besitzen, ist auch jede andere Behandlung der im Abs. 1 bezeichneten Krankheiten oder Leiden verboten, sofern die Behandlung gewerbsmäßig erfolgt.[5])

Wer einem der in Abs. 1, 2 enthaltenden Verbote zuwiderhandelt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahr und mit Geldstrafe bis zu zehntausend Mark oder mit einer dieser Strafen bestraft. Ebenso wird bestraft, wer sich zu einer Behandlung, die ihm nach Abs. 1, 2 verboten ist, öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleierter Form, erbietet.[6])

---

vorgenommen wird. Zulässig bleibt daher, daß approbierte Aerzte ohne ihr Beisein ihre Patienten zunächst von Assistenten untersuchen und erst dann sich vorführen lassen, um auf Grund des Untersuchungsergebnisses ihrer Gehilfen in Verbindung mit den eigenen Wahrnehmungen die Behandlung anzuordnen. Unter allen Umständen muß aber der Behandelnde den Patienten vor sich gehabt und eigene Wahrnehmungen an ihm gemacht haben. Unter Wahrnehmung ist jede Sinneswahrnehmung zu verstehen. Es fällt darunter auch das Anhören der Klagen und Beschwerden des Patienten. Nicht als Fernbehandlung ist anzusprechen die gelegentliche briefliche oder telephonische Beratung, wenn der Beratende hierdurch lediglich eine auf Grund vorausgegangener eigener Wahrnehmungen an der betreffenden Person vorgenommene Behandlung fortsetzt.

[5]) Außer der Fernbehandlung wird denjenigen Personen, welche die staatliche Anerkennung als Arzt nicht besitzen, daher zu einer sachgemäßen Heilbehandlung nicht befähigt sind, auch jede andere Behandlung von Geschlechtskrankheiten und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane verboten, sofern die Behandlung gewerbsmäßig erfolgt. Nirgends üben die Kurpfuscher ihre schädliche Tätigkeit mehr aus als auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten. Sie gehen dabei von der Erfahrungstatsache aus, daß viele Leidende, besonders in kleineren Orten, aus falscher Scham sich scheuen, den Arzt aufzusuchen und lieber sich an einen Kurpfuscher wenden. Solche Heilkünstler ausfindig zu machen, wird den Hilfesuchenden dadurch erleichtert, daß die Pfuscher durch prahlerische, oft auf Zeugnisse angeblich geheilter Kranken sich stützende Anzeigen in der Tagespresse sich zur Behandlung anzubieten pflegen. Solche Angebote, die häufig noch in schamloser, ärgerniserregender Weise erfolgen, sind geeignet, bei unwissenden oder leichtfertigen Kranken die Meinung zu erwecken, als ob es sich bei den Geschlechtskrankheiten um bedeutungslose Erkrankungen handele, die ohne Zuziehung eines Arztes auch von den Nichtärzten rasch und ohne Nachteile geheilt werden können. Dies ist, wie oben dargelegt, unzutreffend. Die Behandlung Geschlechtskranker durch Kurpfuscher führt in der Regel nicht zur Heilung, sondern zur Verschleppung und Verschlimmerung des Leidens, vor allem auch zur Verlängerung der Ansteckungsfähigkeit des Kranken und damit zu weiterer Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten. Deshalb muß nicht nur die Fernbehandlung, sondern auch jede andere Art der Behandlung von Geschlechtskrankheiten durch Nichtärzte verboten werden.

Um Nichtärzten den Einwand zu nehmen, sie hätten nicht gewußt, daß es sich um eine Geschlechtskrankheit gehandelt habe, ist vorgesehen, daß sie der Behandlung nicht nur der Geschlechtskrankheiten, sondern aller vorkommenden Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane sich zu enthalten haben.

[6]) Ebenso wie die Behandlung selbst wird folgerichtig auch schon zu untersagen sein, daß diejenigen Personen, denen die Behandlung von Geschlechtskrankheiten verboten ist, sich öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleierter Form, zur Behandlung erbieten. Der Ausdruck „in verschleierter Form" ist gewählt, um auch die versteckten, in harmlose Wendung gekleideten, aber für diejenigen, die es angeht, wohlverständlichen Anerbieten zur Behandlung von Geschlechts-

§ 4. Es ist verboten, Mittel, Gegenstände oder Verfahren zur Heilung oder Linderung von Geschlechtskrankheiten sowie von Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleierter Form, anzukündigen oder anzupreisen oder solche Mittel oder Gegenstände an Orten, die allgemein zugänglich sind, auszustellen.[7])

Zuwiderhandlungen werden mit Gefängnis bis zu sechs Monaten und mit Geldstrafe bis zu dreitausend Mark oder mit einer dieser Strafen bestraft.

Straflos ist das Ankündigen oder Anpreisen der im Abs. 1 bezeichneten Mittel oder Gegenstände an Aerzte oder Apotheker oder an Personen, die mit solchen Mitteln oder Gegenständen erlaubterweise Handel treiben, oder in ärztlichen Fachzeitschriften.[8])

---

krankheiten zu treffen; im übrigen lehnt sich die Ausdrucksweise „gewerbsmäßig", „öffentlich", „durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen" an das geltende Recht an.

[7]) Die Bestimmungen im § 3 könnten in der Weise umgangen werden, daß die dort bezeichneten Personen nicht sich selbst zur Behandlung erbieten, sondern nur die Mittel, Gegenstände oder Verfahren, die sie anzuwenden gedenken, ankündigen oder anpreisen. Dieser Möglichkeit wird durch die Bestimmungen im § 4 entgegengetreten. Das in Rede stehende Verbot soll übrigens für jedermann gelten, also auch für Aerzte, Apotheker, Fabrikanten, Händler usw. Die Erfahrung hat gezeigt, daß selbst durch Anzeigen von Aerzten und Apothekern eine Täuschung und Irreführung des Publikums verursacht werden kann, ganz abgesehen davon, daß solche Ankündigungen nach Urteilen der ärztlichen Ehrengerichte als standesunwürdig anzusehen sind. Auch die von manchen industriellen und Handelskreisen betriebene aufdringliche Reklame für Gegenstände der verschiedensten Art, denen angeblich unfehlbare Heilwirkung gegenüber Geschlechtskrankheiten zukommt, soll durch dieses Verbot getroffen werden. Nicht unerwähnt darf dabei bleiben, daß hinter der Ankündigung gewisser Mittel und Verfahren auch der Anreiz zur Kindesabtreibung sich versteckt. In oft geradezu abstoßender Weise werden in Tageszeitungen, in Volkskalendern, in illustrierten Blättern, auf Umschlägen oder in Einlagen von Büchern Heilmittel der in Rede stehenden Art jedem Leser an auffallender Stelle oder durch hervortretenden Druck, womöglich noch unter Zuhilfenahme von Abbildungen empfohlen oder zur Empfehlung der als unentbehrlich bezeichneten Mittel Dankschreiben oder Bestätigungen von zweifelhafter Glaubwürdigkeit mit abgedruckt, in denen geheilte Kranke oder Aerzte den glänzenden Erfolg und die vorzügliche Heilkraft der Fabrikate bezeugen.

[8]) Die Vorschrift im Abs. 3 trägt einem praktischen Bedürfnis Rechnung. Es muß die Möglichkeit offen gelassen werden, daß die Mittel und Gegenstände, die zur Heilung oder Linderung von Geschlechtskrankheiten sowie von Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane dienen, in den Kreisen bekannt werden, die sich ihrer berufsmäßig bedienen oder sie in einwandfreier, redlicher Weise in den Verkehr zu bringen pflegen. Deshalb läßt der Entwurf das Ankündigen oder Anpreisen dann straflos, wenn es ausschließlich an Aerzte oder Apotheker oder an Personen erfolgt, die mit solchen Mitteln oder Gegenständen erlaubterweise Handel treiben. Bei der Beschränkung auf diese Personenkreise ist eine Schädigung des großen Publikums ausgeschlossen. Selbstverständlich liegt eine solche Beschränkung bei einer Ankündigung in Tageszeitungen nicht vor, auch dann nicht, wenn etwa die Ankündigung mit der einschränkenden Ueberschrift: „Nur für Aerzte", „Nur für Apotheker" u. dgl. erfolgen sollte. Daneben ist auch das Ankündigen oder Anpreisen in ärztlichen Fachzeitschriften zugelassen, um die Möglichkeit zu eröffnen, daß die bezeichneten Mittel oder Gegenstände, namentlich solche neuerer Art, unter der Aerzteschaft allgemein bekannt werden, von ihr geprüft und erprobt werden können. Die Zulassung ist in dieser Begrenzung unbedenklich, weil bei ärztlichen Fachzeitschriften regelmäßig nur ein engerer sachkundiger Leser-

§ 5. Weibliche Personen, die **gewerbsmäßig Unzucht** treiben, können einer gesundheitlichen Beobachtung unterworfen und zwangsweise auf das Vorhandensein von Geschlechtskrankheiten ärztlich untersucht werden. Leiden sie an einer Geschlechtskrankheit, so können sie zwangsweise einem Heilverfahren unterworfen, insbesondere auch in ein Krankenhaus überführt werden, wenn dies zur wirksamen Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint.[9])

Die Aufbringung der entstehenden Kosten regelt sich nach Landesrecht.

§ 6. Das Strafgesetzbuch wird abgeändert, wie folgt:

1. Als § 180a wird folgende Vorschrift eingestellt:

   Die Vorschrift des § 180 findet keine Anwendung auf das Gewähren von Wohnung an Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, wenn damit weder ein Ausbeuten der Person, der die Wohnung gewährt ist, noch ein Anhalten dieser Person zur Unzucht verbunden ist.[10])

---

kreis in Betracht kommt. Ein Bedürfnis, das Ankündigen oder Anpreisen in anderen als ärztlichen Fachzeitschriften zu gestatten, kann nicht anerkannt werden.

Die Ausdrücke „**Ankündigen**" oder „**Anpreisen**" sind schon im geltenden Rechte klargestellt; wissenschaftliche Erörterungen fallen nicht darunter.

[9]) Das Wesen der **gewerbsmäßigen Unzucht** besteht bei einer Frauensperson in der Preisgebung ihres Körpers gegen Entgelt zu unzüchtigen Zwecken an Männer. Diese Hingabe an eine Mehrzahl von Männern führt dazu, daß fast jede Frauensperson, die das Unzuchtgewerbe betreibt, im Laufe der Zeit an einen geschlechtskranken Mann gerät und durch Aufnahme von Krankheitskeimen selbst geschlechtskrank wird. Es darf deshalb jede Dirne von vornherein als krankheitsverdächtig angesehen werden. Daher ist auch das **Dirnentum die hauptsächlichste und gefährlichste Quelle der Geschlechtskrankheiten**, der mit allem Nachdruck entgegengetreten werden muß. Das einzige Mittel, um die gewerbsmäßige Unzucht ihrer gesundheitlichen Gefahren bis zu einem gewissen Grade zu entkleiden, besteht darin, daß durch **regelmäßige ärztliche Untersuchungen** die geschlechtskranken Dirnen ausfindig gemacht und die dabei krank Befundenen einem **Heilverfahren** unterworfen werden. Da die Erfahrung lehrt, daß geschlechtskranke Dirnen häufig trotz ihrer Erkrankung der gewerbsmäßigen Unzucht weiter nachgehen und dadurch unter der männlichen Bevölkerung, insbesondere der Jugend, die schwersten gesundheitlichen Schädigungen hervorrufen, darf es nicht in das Belieben der Dirnen gestellt werden, ob und wie oft sie sich einer ärztlichen Untersuchung unterziehen. Zu dieser Untersuchung muß vielmehr der Behörde jederzeit die Möglichkeit geboten sein; sie muß nötigenfalls durch die Behörde erzwungen werden dürfen. Ebenso muß auch die Durchführung eines **zwangsweisen Heilverfahrens** ermöglicht werden, da die geschlechtskranke Dirne, solange sie von ihrer Erkrankung keine Beschwerden empfindet, vielfach wenig Neigung hat, sich ärztlich behandeln zu lassen. Damit rechtfertigt sich die Bestimmung des § 5.

[10]) Nach § 180 Str.G.B. wird wegen **Kuppelei** bestraft, wer gewohnheitsmäßig oder aus Eigennutz durch seine Vermittlung oder durch Gewährung oder Verschaffung von Gelegenheit der Unzucht Vorschub leistet. Als eine Handlung, die der Unzucht Vorschub leistet, ist auch die **Ueberlassung einer Wohnung** zur Ausübung der Unzucht anzusehen. Ein Vermieter, der Räume zu Unzuchtzwecken an Dirnen vermietet, macht sich daher der Kuppelei schuldig, wenn er dies gewohnheitsmäßig oder aus Eigennutz tut. Das Tatbestandsmerkmal des Eigennutzes hat in der Rechtsprechung eine so weite Auslegung gefunden, daß darunter auch das in der Erlangung des gewöhnlichen Mietzinses liegende Vermögensinteresse begriffen werden kann. Infolge dieser Auslegung sind zahlreiche Bestrafungen von Hausbesitzern und Zimmervermietern vorgekommen, denen die Absicht, aus dem unzüchtigen Treiben der Dirnen besonderen Nutzen zu ziehen, ferngelegen hat. Dieser

2. Im § 361 erhält die Nr. 6 folgende Fassung:

 6. eine weibliche Person, die gewerbsmäßig Unzucht treibt, wenn sie die zur Ueberwachung der gewerbsmäßigen Unzucht erlassenen Vorschriften übertritt. Die Vorschriften erläßt der Bundesrat; soweit der Bundesrat solche Vorschriften nicht erläßt, können sie von der obersten Landesbehörde oder der von ihr bestimmten Behörde erlassen werden.[11])

Rechtszustand hat in den Kreisen der Betroffenen Beunruhigung hervorgerufen und zu einer größeren Zurückhaltung der Vermieter, und zwar gerade der besseren Elemente unter ihnen, geführt. Den Dirnen ist dadurch die Möglichkeit, Wohnung zu finden, erschwert. Um der Wohnung nicht alsbald wieder verlustig zu gehen, sind sie genötigt, ihr unzüchtiges Treiben dem Vermieter und der sonstigen Umgebung gegenüber zu verheimlichen. Auch die Gefahr der Ausbeutung der Dirnen ist dadurch erhöht worden. Anderseits führt die Schwierigkeit, Wohnung zu finden, zu einer größeren räumlichen Zerstreuung des Dirnentums, das, soweit es in den gewohnten Stadtteilen keine Aufnahme mehr fand, Wohnung nahm, wo solche vorhanden war; diese Zerstreuung hat wieder erhebliche Nachteile für die Allgemeinheit im Gefolge; sie erschwert die Ueberwachung der Dirnen, vermehrt damit wiederum das heimliche Dirnentum und erhöht so die Gefahren für die öffentliche Ordnung und Sittlichkeit und für die Gesundheit, die mit einer mangelhaften Beaufsichtigung notwendig verbunden sind.

Der Entwurf bestimmt deshalb, daß die Strafvorschrift im § 180 auf das Gewähren von Wohnung keine Anwendung findet, wenn damit weder ein Ausbeuten der Person, der die Wohnung gewährt ist, noch ein Anhalten dieser Person zur Unzucht verbunden ist. Die Vorschrift bezieht sich nicht auf den Tatbestand der schweren Kuppelei (§ 181 Str. G. B.), der ein Handeln aus Eigennutz nicht voraussetzt. Nur das Gewähren von Wohnung, nicht das Ueberlassen eines Raumes zur Ausübung der Unzucht, ist von der Strafvorschrift des § 180 ausgenommen; deshalb hat es bezüglich der sogenannten Absteigequartiere, in denen nicht gewohnt, sondern zum Zwecke des Ausübung der Unzucht nur vorübergehend Aufenthalt genommen wird, bei dem bisherigen Rechtszustande sein Bewenden, einerlei ob als Absteigequartiere Privat- oder Gasthäuser benutzt werden. Dasselbe gilt, wenn mit dem Gewähren der Wohnung ein Ausbeuten der Dirnen verbunden, z. B. der Mietzins ein übermäßiger ist, so daß er nicht ausschließlich als Entgelt für die Ueberlassung der Wohnung, sondern zum Teil als besondere Belohnung für die Zulassung des Unzuchtbetriebs erscheint. Die Straflosigkeit entfällt auch dann, wenn mit dem Gewähren der Wohnung ein Anhalten der Dirnen zur Unzucht verbunden ist. Diese Anordnung richtet sich in erster Linie gegen die Bordelle; in ihrer derzeitigen Gestalt fallen sie ohne weiteres unter die Strafvorschrift des § 180, weil in ihnen die Dirnen sowohl zur Unzucht angehalten, als auch regelmäßig ausgebeutet werden. Schließlich ist aus Gründen des Jugendschutzes die Straffreiheit des Wohnungsvermieters auf die Fälle beschränkt, in denen Personen über 18 Jahre Wohnung gewährt wird. Das Gewähren von Wohnung an jüngere Personen bleibt daher wie bisher als Kuppelei strafbar, wenn im übrigen die Voraussetzungen des § 180 vorliegen.

[11]) Nach § 361 Nr. 6 wird bestraft:

a) eine weibliche Person, die wegen gewerbsmäßiger Unzucht einer polizeilichen Aufsicht unterstellt ist, wenn sie den in dieser Hinsicht zur Sicherung der Gesundheit, der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes erlassenen polizeilichen Vorschriften zuwiderhandelt,

b) eine weibliche Person, die ohne einer solchen Aufsicht unterstellt zu sein, gewerbsmäßig Unzucht treibt.

Hiernach ist die Ausübung der gewerbsmäßigen Unzucht grundsätzlich strafbar. Straflosigkeit tritt nur ein, soweit die Dirnen einer polizeilichen Aufsicht unterstellt sind und die ihnen gegenüber erlassenen Polizeivorschriften befolgen. Diese Regelung steht der Einführung einer vorwiegend ärztlichen Ueberwachung der Gewerbsunzucht im Wege; sie gestattet ins-

8. Im § 362 Abs. 2 wird als Satz 3 folgende Vorschrift eingestellt:

Im Falle des § 361 Nr. 6 ist die Ueberweisung an die Landespolizeibehörde auch dann zulässig, wenn die Strafe gemäß § 73 auf Grund eines anderen Gesetzes zu bestimmen ist.

§ 7. Mit Gefängnis bis zu sechs Monaten und mit Geldstrafe bis zu dreitausend Mark oder mit einer dieser Strafen oder mit Haft wird bestraft:[12])

1. eine Amme, die ein fremdes Kind stillt, ohne im Besitz eines unmittelbar vor Antritt der Stellung ausgestellten ärztlichen Zeugnisses darüber zu sein, daß sie nicht an einer Geschlechtskrankheit leidet;

---

besondere nicht, solche Dirnen straflos zu lassen, welche einer polizeilichen Aufsicht nicht unterstellt zu werden brauchen, weil sie sich freiwillig einer ärztlichen Untersuchung in angemessenen Zwischenräumen unterwerfen und dadurch sowie durch ihr sonstiges Verhalten Gewähr dafür bieten, daß ihr unzüchtiges Treiben keine Gefahr für die Gesundheit, die öffentliche Ordnung und den öffentlichen Anstand bilden werde. Außerdem hat sich die geltende Regelung als unzureichend erwiesen, das Anwachsen des heimlichen Dirnentums zu verhindern. Wegen der Nachteile, welche die Unterstellung unter polizeiliche Aufsicht für das bürgerliche Leben mit sich bringt, läßt sich erfahrungsgemäß nur der geringste Teil der Dirnen in die polizeilichen Listen eintragen, die Mehrzahl unterwirft sich nicht der polizeilichen Beaufsichtigung und treibt, um einer Bestrafung zu entgehen, die Unzucht heimlich. Um diesem Uebelstande zu begegnen und der Durchführung der oben dargelegten Grundsätze den Weg zu ebnen, schlägt der Entwurf vor, die gewerbsmäßige Unzucht als solche straflos zu lassen, und weibliche Personen, die gewerbsmäßig Unzucht treiben, nur dann zu strafen, wenn sie die zur Ueberwachung der gewerbsmäßigen Unzucht erlassenen Vorschriften übertreten. Diese Regelung beruht auf der Erwägung, daß das Dirnentum ein Uebel ist, das sich durch strafrechtliche und polizeiliche Vorschriften nicht beseitigen läßt, daß man sich deshalb darauf beschränken muß, den Gefahren für die Gesundheit, die öffentliche Ordnung und den öffentlichen Anstand, die mit dem Dirnentume verbunden sind, durch geeignete Ueberwachung entgegenzutreten, und daß man dahin streben muß, die Ueberwachung durch Androhung von Strafen für Zuwiderhandlungen gegen die Ueberwachungsmaßnahmen möglichst wirksam zu gestalten. Auch bei dieser Regelung kann die Anordnung polizeilicher Aufsicht als Ueberwachungsmaßnahme geboten sein; sie wird aber nur dann zur Anwendung kommen, soweit mildere Maßnahmen, insbesondere die freie ärztliche Aufsicht, nicht ausreichen. Um eine gleichmäßige Regelung der in Frage kommenden Maßnahmen im ganzen Reiche sicherzustellen, ist vorgesehen, daß der Bundesrat die Ueberwachungsvorschriften erläßt. Soweit er das nicht tut, können sie von der obersten Landesbehörde oder der von ihr bestimmten Behörde erlassen werden.

[12]) Geschlechtskrankheiten können, wie oben bereits ausgeführt ist, nicht nur durch den Geschlechtsverkehr, sondern auch sonst durch enge körperliche Berührung übertragen werden. Eine solche Möglichkeit der Ansteckung mit Syphilis liegt auch bei dem Stillgeschäfte vor. Es ist bekannt, daß nicht selten Frauen, die ein fremdes Kind stillen, auf dieses die Syphilis übertragen. Anderseits kommt es aber auch vor, daß Kinder, die mit angeborenen Syphilis behaftet sind, gesunde Ammen anstecken. Solchen Vorkommnissen sollen die im § 7 vorgesehenen Bestimmungen vorbeugen, die in Ziffer 1 und 2 den Schutz des Kindes, in Ziffer 3 den Schutz der Amme beziehungsweise einer anderen weiblichen Person als der Mutter vor syphilitischer Ansteckung bezwecken. Eine Mutter, die ihr eigenes syphilitisches Kind stillt, fällt nicht unter die Strafbestimmung. Eine Sonderstellung nimmt auch der Fall ein, in dem ein syphilitisches Kind von einer weiblichen Person, die selbst an Syphilis leidet gestillt wird. Hiergegen sind Bedenken nicht geltend zu machen, da eine bereits infizierte Person einen Schaden dabei nicht erleiden, wohl aber bei einem syphilitischen Kinde die Ernährung mit Frauenmilch unter Umständen lebensrettend wirken kann. In Ziffer 4 ist außerdem unter Strafe gestellt die Ueberlassung eines geschlechtskranken Kindes an Pflegepersonen, wenn dabei die Tatsache

2. eine weibliche Person, die, wissend, daß sie an einer Geschlechtskrankheit leidet, ein fremdes Kind stillt;
3. wer ein syphilitisches Kind, für dessen Pflege er zu sorgen hat, in Kenntnis der Erkrankung von einer anderen Person als der Mutter stillen läßt;
4. wer ein geschlechtskrankes Kind in Kenntnis der Erkrankung in Pflege gibt, ohne die Pflegeeltern von der Krankheit des Kindes zu benachrichtigen.

Straflos ist das Stillen oder Stillenlassen eines syphilitischen Kindes durch eine weibliche Person, die selbst an Syphilis leidet.

B. Entwurf eines Gesetzes gegen die Verhinderung von Geburten.

§ 1.[1]) Das gewerbsmäßige Herstellen oder Vorrätighalten, die Einfuhr, das Verkaufen, Feilhalten oder sonstige Inverkehrbringen von Mitteln oder Gegenständen, die geeignet sind, die Empfängnis zu verhüten oder die Schwangerschaft zu be-

---

der Erkrankung des Kindes wissentlich verschwiegen wird. Denn auch durch den engen Verkehr, der zwischen dem Kinde und der Pflegemutter sowie deren Familie zu bestehen pflegt, erwächst die Gefahr der Uebertragung der Krankheit auf andere Personen im Pflegeheime. Darum ist das Verlangen durchaus berechtigt, daß, wer ein geschlechtskrankes Kind in Kenntnis der Erkrankung in Pflege gibt, diejenige Person, welche das Kind in Pflege zu nehmen bereit ist, vor oder spätestens bei der Uebergabe des Kindes hiervon in Kenntnis setzt.

[1]) Zu § 1. Eine wirksame Bekämpfung der Mißstände ist nur möglich, wenn schon die Herstellung und der Vertrieb von Mitteln und Gegenständen, die geeignet sind, die Empfängnis zu verhüten oder die Schwangerschaft zu beseitigen, gewissen Beschränkungen unterworfen werden. Die Beschränkungen im einzelnen in das Gesetz aufzunehmen, empfiehlt sich nicht. Die in Betracht kommenden Mittel und Gegenstände werden in großer Zahl und unter verschiedener, oft wechselnder Bezeichnung in den Verkehr gebracht. Um mit dieser Entwicklung gleichen Schritt zu halten, müßte das Gesetz häufig geändert oder ergänzt werden. Der Entwurf schlägt deshalb die beweglichere Form der Bundesratsverordnung vor. . . . Sie verdient um deswillen den Vorzug, weil die Regelung der Verkehrsbeschränkungen mannigfache, sehr ins einzelne gehende Vorschriften notwendig machen wird.

Der Bundesrat wird auf Grund von Vorschlägen sachverständiger Kreise in Bekanntmachungen die Mittel und Gegenstände, die unter das Gesetz fallen, sowie die Verkehrsbeschränkungen, die für diese Mittel und Gegenstände gelten sollen, genau zu bezeichnen und je nach Bedarf diese Liste und die Bestimmungen nach neueren Erfahrungen und Wahrnehmungen zu ergänzen und zu vervollkommnen haben. Bei der Festsetzung der Verkehrsbeschränkungen im einzelnen soll auch auf die Bedürfnisse des Gesundheitsschutzes Rücksicht genommen werden. Dies ist dem Bundesrat im Abs. 2 des § 1 des Entwurfs ausdrücklich zur Pflicht gemacht. Der Bundesrat wird deshalb Mittel oder Gegenstände, die zum Schutze gegen Geschlechtskrankheiten oder zu Zwecken der Reinlichkeit notwendig sind, dem Verkehre nicht entziehen, sondern sich darauf beschränken, Mißständen beim Kleinvertriebe dieser Mittel durch geeignete Maßnahmen zu begegnen. Außerdem wird Vorsorge zu treffen sein, daß in Fällen, in denen die Anwendung empfängnisverhütender Mittel mit Rücksicht auf den Gesundheitszustand der Frau nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst geboten erscheint, geeignete Mittel zur Verfügung stehen, und daß dem Arzte auch diejenigen Mittel oder Gegenstände an die Hand gegeben werden, deren er bedarf, um eine gesetzlich zulässige Unterbrechung der Schwangerschaft vorzunehmen.

Mit Sachverständigen abgehaltene Beratungen führten zu dem Ergebnis, daß bis auf weiteres nur Beschränkungen solcher der Abtreibung dienender

seitigen, ferner das Aufsuchen von Bestellungen auf solche Mittel oder Gegenstände kann durch Verordnung des Bundesrats verboten oder beschränkt werden.

Soweit solche Mittel oder Gegenstände auch geeignet sind, die Entstehung von Krankheiten, insbesondere Geschlechtskrankheiten, zu verhüten, soll die Verordnung des Bundesrats auf die Bedürfnisse des Gesundheitsschutzes Rücksicht nehmen.

Die Verordnung des Bundesrats ist dem Reichstag, wenn er versammelt

---

oder die Empfängnis verhütender Mittel in Frage zu kommen haben werden die bei der Frau angewendet werden. Man wird zweckmäßig dabei drei verschiedene Gruppen von Mitteln und Gegenständen zu unterscheiden haben

Einige Gegenstände werden schlechthin verboten werden müssen, weil sie für den Arzt entbehrlich sind und in der Hand des Publikums regelmäßig zur Abtreibung oder Empfängnisverhütung verwendet werden. Dies gilt z. B. von Intrauterinstiften (Steriletts) sowie von Scheidenspritzen mit dickem Ansatz oder anderen Spülvorrichtungen, die geeignet sind, Flüssigkeiten mit besonders starkem Druck in die weibliche Scheide einzuführen. Bei diesen Gegenständen wird das gewerbsmäßige Herstellen oder Vorrätighalten, die Einfuhr aus dem Ausland, das Verkaufen, Feilhalten oder sonstige Inverkehrbringen verboten werden müssen. Die Bedürfnisse des Gesundheitsschutzes, die beim Inverkehrbringen dieser Gegenstände vorgeschützt zu werden pflegen, können durch andere gefahrlose Mittel in vollem Umfang befriedigt werden. Die den Bedürfnissen der Reinlichkeit dienenden Scheidenspülapparate mit langem Schlauch (Irrigatoren) und die Ballonspritzen mit dünner Wandung und einem Ansatz, der zur Einführung in die Gebärmutter nicht geeignet ist, werden dagegen nicht unter das Verbot fallen; es ist in Aussicht genommen, dies in der Bundesratsverordnung ausdrücklich hervorzuheben.

Einer anderen gesetzgeberischen Behandlung bedürfen solche Gegenstände, die der Arzt zur Ausübung seines Berufs benötigt und deren Anwendung wegen der damit verbundenen Gefahr für Leben und Gesundheit nur dem Arzte gestattet werden kann. Hierher gehören z. B. Intrauterinsonden, Intrauterinspritzen mit langem Ansatzrohr und Gebärmutterrohre oder ähnliche Ansatzstücke, die geeignet sind, in die Gebärmutter eingeführt zu werden. Diese Gegenstände sind bislang vielfach zur Abtreibung und Empfängnisverhütung mißbraucht worden. Da der Arzt dieser Gegenstände zur Ausübung seines Berufs bedarf, muß die Herstellung und der Vertrieb zugelassen, anderseits wird aber Vorkehrung getroffen werden müssen, daß diese Gegenstände nicht in die Hand Unberufener gelangen. Deshalb ist in Aussicht genommen, die Befugnis zum gewerbsmäßigen Herstellen sowie zur Einfuhr aus dem Ausland an eine besondere Genehmigung der obersten Landesbehörde oder der von ihr bestimmten Behörde zu knüpfen und den Vertrieb derart zu regeln, daß die bezeichneten Gegenstände nur an Aerzte oder an Apotheker oder an die von den bezeichneten Behörden zum Groß- oder Kleinhandel mit diesen Gegenständen zugelassenen Personen abgegeben und daß sie in offenen Geschäften nicht feilgehalten werden dürfen.

Eine dritte Gruppe bilden Mittel, die zwar gleichfalls zur Verhütung der Empfängnis dienen, die aber unter gewissen Vorkehrungen gegen Mißbrauch auch anderen Personen als Aerzten, Apotheker oder solchen, die besondere Erlaubnis erhalten haben, zugänglich bleiben müssen. Es gibt Fälle, in denen der Eintritt einer Schwangerschaft oder einer Entbindung solche Gefahren für das Leben oder die Gesundheit einer Frau erwarten läßt, daß es vom ärztlichen Standpunkt aus geboten erscheint, der Empfängnis vorzubeugen. Hier muß Vorsorge getroffen werden, daß empfängnisverhütende, gesundheitlich unschädliche Mittel zur Verfügung stehen. Ob die Anwendung solcher Mittel geboten erscheint, kann nur der Arzt beurteilen. Deshalb soll bestimmt werden, daß die zugelassenen Mittel an Privatpersonen nur von einem Arzte oder auf schriftliche Anordnung eines Arztes abgegeben werden dürfen. Die gewerbsmäßige

ist, sofort, andernfalls bei seinem nächsten Zusammentritte zur Kenntnis zu bringen.

§ 2.[2]) Wer der Verordnung des Bundesrats (§ 1) vorsätzlich zuwiderhandelt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre und mit Geldstrafe bis zu zehntausend Mark oder mit einer dieser Strafen bestraft. Der Versuch ist strafbar.

Ist die Zuwiderhandlung fahrlässig begangen, so tritt Geldstrafe bis zu sechshundert Mark oder Haft ein.

Herstellung sowie die Einfuhr aus dem Ausland wird zweckmäßig auch bei Mitteln oder Gegenständen der dritten Gruppe nur mit Genehmigung der obersten Landesbehörde oder der von ihr bestimmten Behörde zuzulassen sein. Diese Einschränkung ist zur Kontrolle notwendig. Dagegen wird man das Feilhalten in offenen Geschäften nicht verbieten können, man wird sich deshalb darauf zu beschränken haben, dem öffentlichen Ankündigen, Anpreisen oder Ausstellen wie bisher entgegenzutreten (zu vergleichen § 8 des Entwurfs). Zur dritten Gruppe werden z. B. zu rechnen sein Okklusivpessare (Sicherheitsovale), Scheidenpulverbläser, Schwämmchen und ähnliche zur Empfängnisverhütung bestimmte, mechanisch wirkende Gegenstände, die in die weibliche Scheide eingeführt werden sollen, endlich Pillen, Kugeln, Tabletten oder ähnliche chemische, aus Samen tötenden Stoffen zusammengesetzte Mittel, die gleichfalls in die weibliche Scheide eingeführt werden.

Andere Personen, die nicht Aerzte oder Apotheker sind oder die nicht eine Erlaubnis der Behörde zur Einfuhr oder zur Herstellung oder zum Groß- oder Kleinhandel besitzen, werden vom Handel mit empfängnisverhütenden oder fruchtabtreibenden Mitteln auszuschließen sein. Unter Personen, die Handel treiben (§ 3 des Entwurfs), sind auch juristische Personen zu verstehen.

Zur Durchführung der hiernach in Aussicht zu nehmenden Verkehrsbeschränkungen wird es einer wirksamen Kontrolle, insbesondere des Kleinhandels, bedürfen. Diese wird nur dann zu erreichen sein, wenn der Kleinhandel mit den erwähnten Mitteln oder Gegenständen, soweit er überhaupt zulässig ist (die erste Gruppe scheidet aus), von einer behördlichen Erlaubnis abhängig gemacht, auch eine Buchführung vorgeschrieben wird. Die Buchführung wird insbesondere über die Zahl und die Art der hergestellten, vorrätiggehaltenen, eingeführten, veräußerten oder erworbenen Mittel oder Gegenstände und über ihren Verbleib Aufschluß geben müssen. Ferner wird ein Verbot des besonders gefährlichen Hausierhandels notwendig sei; auch das Nachsuchen (Sammeln) von Bestellungen auf solche Mittel oder Gegenstände wird zu verbieten sein.

Bei Mitteln oder Gegenständen, die an sich gleichfalls zur Verhütung der Empfängnis oder zur Beseitigung der Schwangerschaft geeignet sind, aber unter keine der erwähnten drei Gruppen fallen, kann es, da sie weniger gefährlich sind oder aus anderen Gründen nicht ins Gewicht fallen, im wesentlichen bei der bisherigen Regelung verbleiben; insbesondere kann die Herstellung und der Verkauf ohne Beschränkung zugelassen werden. Nur der Betrieb des Kleinhandels wird, um einer über das Bedürfnis hinausgehenden, allzu starken Verbreitung vorbeugen zu können, auch hier in gleicher Weise wie bei den Mitteln oder Gegenständen der oben bezeichneten drei Gruppen von einer behördlichen Erlaubnis abhängig zu machen sein, ebenso wird der Absatz im Wege des Hausierhandels und das Aufsuchen von Bestellungen verboten werden müssen, da ein Bedürfnis für diese Art des Vertriebs nicht anerkannt werden kann. Das öffentliche Ankündigen, Anpreisen oder Ausstellen auch dieser Mittel und Gegenstände bleibt selbstverständlich wie bisher verboten (zu vergleichen § 3 des Entwurfs).

[2]) Zu **§ 2:** Die Strafe der Zuwiderhandlung gegen die vom Bundesrat erlassenen Verkehrsverbote oder Verkehrsbeschränkungen ist verschieden bemessen, je nachdem es sich um vorsätzliche oder fahrlässige Verfehlungen handelt. Zur wirksamen Bekämpfung des Verkehrs mit den bezeichneten Mitteln ist es erforderlich, auch den Versuch der vorsätzlichen Zuwiderhandlung unter Strafe zu stellen.

§ 3.[3]) Wer Mittel, Gegenstände oder Verfahren zur Verhütung der Empfängnis oder zur Beseitigung der Schwangerschaft öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleierter Form, ankündigt oder anpreist, oder solche Mittel oder Gegenstände an Orten, die allgemein zugänglich sind, ausstellt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre und mit Geldstrafe bis zu zehntausend Mark oder mit einer dieser Strafen bestraft. Straflos ist das Ankündigen oder Anpreisen dieser Mittel oder Gegenstände, soweit nicht ihre gewerbsmäßige Herstellung

---

[3]) § 3 übernimmt die Bestimmungen des § 184 Nr. 3 des Strafgesetzbuches, enthält aber zugleich eine für die Bekämpfung des Geburtenrückgangs wesentliche Ergänzung, indem er auch die Mittel oder Gegenstände einbezieht, die zur Beseitigung der Schwangerschaft geeignet sind und die nicht als zu unzüchtigem Gebrauche bestimmt angesehen werden können.

Die Vorschrift erstreckt sich auf alle Mittel oder Gegenstände, die zur Verhütung der Empfängnis oder zur Beseitigung der Schwangerschaft angeboten werden, ohne Rücksicht auf ihre Eignung zu solchem Zwecke und ohne Rücksicht darauf, ob sie unter ein Verbot oder eine Verkehrsbeschränkung des Bundesrats (§ 1 des Entwurfs) fallen. Die Rücksicht auf das Empfinden weiter Volkskreise, die an dem öffentlichen Ankündigen, Anpreisen und Ausstellen solcher Mittel mit Grund Anstoß nehmen, vor allem aber die Rücksicht auf den Schutz der Jugend vor sittlicher Gefährdung rechtfertigen das Verbot solcher Reklame, für die kein Bedürfnis besteht. Den gesundheitlichen Zwecken wird ausreichend Rechnung getragen, wenn die in Betracht kommenden Mittel im Kleinhandel erhältlich sind.

Nach der Ansicht sachverständiger Kreise ist die freiwillige Einschränkung der Kinderzahl häufig auf die Verbreitung „gemeinverständlicher“ oder unter dem Deckmantel der Wissenschaft auftretender Bücher und Schriften zurückzuführen, in denen die zur Verhütung der Empfängnis oder zur Abtreibung geeigneten Verfahren in einer Form dargestellt werden, die eine verschleierte Ankündigung oder Anpreisung enthält. Um diesem Uebelstande zu steuern, ist die Ankündigung oder Anpreisung von „Verfahren“ zur Verhütung der Empfängnis oder zur Beseitigung der Schwangerschaft der Ankündigung oder Anpreisung von Mitteln oder Gegenständen gleichgestellt.

Die Tatbestände des § 184 Nr. 3 des Strafgesetzbuchs (das öffentliche Ankündigen, Anpreisen oder Ausstellen) sind sachlich unverändert übernommen. Der Ausdruck „öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen“ lehnt sich gleichfalls an das geltende Strafgesetzbuch an. Der Zusatz „wenn auch in verschleierter Form“ ist beigefügt, um auch die versteckten, in harmlose Wendungen gekleideten, aber für diejenigen, die dafür Interesse haben, wohlverständlichen Ankündigungen oder Anpreisungen zu treffen. In Betracht kommen insbesondere Anzeigen in Zeitungen, in denen Mittel gegen „Blutstockungen“ angekündigt werden oder „Hilfe in diskreten Angelegenheiten“ zugesichert wird. Wissenschaftliche Erörterungen fallen wie im geltenden Rechte nicht unter die Begriffe des Ankündigens oder Anpreisens.

Nach der Fassung der Vorschrift des § 3 Satz 1 würde das Ankündigen oder Anpreisen von Mitteln und Gegenständen zur Verhütung der Empfängnis oder zur Beseitigung der Schwangerschaft, soweit es öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen erfolgt, auch dann strafbar sein, wenn es sich ausschließlich an Aerzte oder Apotheker oder an Personen richtet, die mit solchen Mitteln oder Gegenständen erlaubterweise (§ 1 des Entwurfs) Handel treiben. Dies würde zu weit führen. Es muß vielmehr die Möglichkeit offen gelassen werden, daß die betreffenden Mittel oder Gegenstände, soweit sie nach den Bestimmungen des Bundesrats überhaupt hergestellt werden dürfen, in den Kreisen, die sich berufsmäßig damit befassen, bekannt und von Sachverständigen dieser Kreise einer Prüfung unterzogen werden. Bei so beschränktem Kreise der Empfänger der Ankündigungen oder Anpreisungen ist eine Schädigung des großen Publikums nicht zu befürchten. Deshalb läßt der Entwurf das Ankündigen oder Anpreisen der be-

vom Bundesrat überhaupt verboten ist (§ 1), an Aerzte oder Apotheker oder an Personen, die mit solchen Mitteln oder Gegenständen erlaubterweise Handel treiben, oder in ärztlichen Fachzeitschriften.

§ 4. Wer öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleierter Form, seine eigene oder fremde Dienste zur Vornahme oder Förderung der Beseitigung der Schwangerschaft anbietet, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre, und mit Geldstrafe bis zu zehntausend Mark oder mit einer dieser Strafen bestraft.[4])

Ebenso wird bestraft, wer gewerbsmäßig Mittel, Gegenstände oder Verfahren zur Verhütung der Empfängnis bei anderen Personen anwendet oder seine eigenen oder fremde Dienste zu ihrer Anwendung anbietet.[5])

---

zeichneten Mittel oder Gegenstände dann straflos, wenn es ausschließlich an Aerzte oder Apotheker oder an Personen erfolgt, die mit solchen Mitteln oder Gegenständen erlaubterweise Handel treiben. Selbstverständlich liegt eine solche Beschränkung bei einer Ankündigung in Tageszeitungen nicht vor, auch dann nicht, wenn etwa die Ankündigung mit der einschränkenden Ueberschrift: „Nur für Aerzte", „Nur für Apotheker" und dergleichen erfolgen sollte. Daneben ist auch das Ankündigen oder Anpreisen in ärztlichen Fachzeitschriften zugelassen, um die Möglichkeit zu eröffnen, daß die bezeichneten Mittel oder Gegenstände, namentlich solche neuerer Art, unter der Aerzteschaft bekannt werden, von ihr geprüft und erprobt werden können. Die Zulassung ist in dieser Begrenzung unbedenklich, weil bei diesen Zeitschriften regelmäßig nur ein engerer, sachkundiger Leserkreis in Betracht kommt. Ein Bedürfnis, das Ankündigen und Anpreisen in anderen als ärztlichen Fachzeitschriften zuzulassen, kann nicht anerkannt werden. Ebensowenig besteht ein Anlaß, neben dem öffentlichen Ankündigen oder Anpreisen von Mitteln oder Gegenständen auch das öffentliche Ankündigen oder Anpreisen von Verfahren zur Verhütung der Empfängnis oder zur Beseitigung der Schwangerschaft zuzulassen. Es genügt, wenn solche Verfahren lediglich durch wissenschaftliche Besprechungen in den ärztlichen Fachzeitschriften, die an sich erlaubt bleiben, zur Kenntnis der Aerzte gelangen.

[4]) Zu § 4: Die starke Zunahme der Abtreibungen ist, wie im einzelnen ausgeführt ist, zu einem erheblichen Teile auf das Ueberhandnehmen der in den Tageszeitungen häufig wiederkehrenden Anzeigen zurückzuführen, in denen zweifelhafte Personen in unverfänglichen, aber für den Interessenten verständlichen Ausdrücken ihre eigenen oder fremde Dienste zur Vornahme oder Förderung der Abtreibung anbieten. Ein strafrechtliches Einschreiten ist nach dem geltenden Rechte nicht möglich. Es bedarf deshalb, um diesem Treiben Einhalt zu tun, einer besonderen Vorschrift, wie sie der § 4 Abs. 1 des Entwurfs gibt. Sie beschränkt sich auf das Anbieten, das öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen erfolgt; wer einer bestimmten Person ein derartiges Anerbieten macht, kann unter Umständen aus dem Gesichtspunkt der Anstiftung oder der Beihilfe zur Abtreibung oder der Aufforderung zur Verbrechensbegehung (§ 49a des Strafgesetzbuchs) oder der Beleidigung verfolgt werden. Daß das Anbieten gewerbsmäßig erfolgt, ist nicht gefordert; Personen, die ohne Erwerbsabsicht, etwa aus Gründen mißverstandener Sozialpolitik, sich öffentlich zur Abtreibung erbieten, sind nicht weniger gefährlich als gewerbsmäßige Abtreiber.

[5]) Eine andere gefährliche Form, der freiwilligen Beschränkung der Kinderzahl Vorschub zu leisten, besteht darin, daß Hebammen und andere Personen Frauen, welche die Empfängnis verhüten wollen, bei der Anwendung empfängnisverhütender Mittel, Gegenstände oder Verfahren behilflich sind. Nach geltendem Rechte ist dies nicht verboten, ebensowenig wie das Anbieten der eigenen oder fremden Dienste zur Anwendung solcher Mittel, Gegenstände oder Verfahren. Der Entwurf verbietet im Abs. 2 des § 4 beide Handlungen, soweit gewerbsmäßige Begehung vorliegt. Die nicht gewerbsmäßige Begehung unter Strafe zu stellen, dürfte zu weit gehen, da eine solche Vorschrift zu tief in die Privatverhältnisse des einzelnen, insbesondere das Familienleben, eingreifen und deshalb mehr Schaden wie Nutzen stiften würde.

§ 5. In den Fällen der §§ 2 bis 4 kann neben der Strafe auf Einziehung der Mittel oder Gegenstände erkannt werden, auf die sich die strafbare Handlung bezieht, ohne Unterschied, ob sie dem Täter gehören oder nicht. Ist die Verfolgung oder Verurteilung einer bestimmten Person nicht ausführbar, so kann auf die Einziehung selbständig erkannt werden.[6])

Neben Gefängnis kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte sowie auf Zulässigkeit von Polizeiaufsicht erkannt werden.[7])

Die Notwendigkeit der in beiden Gesetzentwürfen getroffenen Bestimmungen dürfte jetzt nach den traurigen Erfahrungen im Kriege wohl von keiner Seite mehr bezweifelt werden; sie werden deshalb auch im Reichstage, der ihre erste Lesung bereits erledigt und sie ohne Besprechung an den Ausschuß für Bevölkerungspolitik verwiesen hat, kaum auf großen Widerstand stoßen, zumal die darin vorgesehenen Vorschriften und Maßnahmen sich nach der beigegebenen Begründung auf diejenigen Bekämpfungsmittel beschränken, „deren Anwendung selbst in der jetzigen Kriegszeit keine Schwierigkeiten bietet und infolge deren Zweckmäßigkeit grundsätzliche Meinungsverschiedenheiten nicht zu befürchten sei". Ob aber dieser bei der Abfassung der Gesetzentwürfe scheinbar streng festgehaltene Grundsatz mit Rücksicht auf ihre Wirksamkeit den erhofften Erfolg haben wird, dürfte sehr zweifelhaft sein; namentlich gilt dies in bezug auf den Gesetzentwurf betr. die **Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,** obwohl er einen bedeutenden Fortschritt auf diesem Gebiete bedeutet. Erfreulich ist hier vor allem die in § 2 angedrohte schwere Gefängnisstrafe für denjenigen, der den Geschlechtsverkehr ausübt, obwohl er weiß oder den Umständen nach annehmen muß, daß er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet; sie bildet eine sehr wertvolle Ergänzung des Strafgesetzbuches, indem sie schon die Gefährdung mit Ansteckung umfaßt. Ebenso kann man dem im § 3 Abs. 1 vorgesehenen Verbot der Fern-

---

Das Verbot der gewerbsmäßigen Anwendung empfängnisverhütender Mittel trifft nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen nicht den Arzt, soweit im Einzelfalle die Verhütung der Empfängnis nach den Regeln ärztlicher Kunst aus gesundheitlichen Gründen geboten ist. Einer ausdrücklichen Vorschrift bedarf es in dieser Beziehung ebensowenig wie in Ansehung der ärztlichen Befugnis, eine ärztlich gebotene Unterbrechung der Schwangerschaft vorzunehmen. Im Rahmen seiner Befugnis kann sich der Arzt auch der Dienste von Hebammen, Heilgehilfen oder anderer Hilfspersonen bedienen; insoweit sind diese Personen nicht selbständig tätig und fallen nicht unter die Strafvorschrift.

[6]) Der Mißbrauch, der mit Mitteln oder Gegenständen zur Verhütung der Empfängnis oder zur Beseitigung der Schwangerschaft betrieben wird, rechtfertigt die Vorschrift im Abs. 1 über die Zulässigkeit der Einziehung.

[7]) Die Vorschrift im Abs. 2, daß neben Gefängnis auch auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte und auf Zulässigkeit von Polizeiaufsicht erkannt werden kann, ist im Hinblick auf die Gemeingefährlichkeit des Treibens und die ehrlose Gesinnung eines großen Teiles der Personen, die gegen das Gesetz verstoßen, geboten. Die gleichen Nebenstrafen sind im § 184 des Strafgesetzbuchs gegen das öffentliche Ankündigen usw. von Gegenständen, die zu unzüchtigem Gebrauche bestimmt sind, angedroht.

behandlung von Geschlechtskrankheiten und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane für alle Personen, gleichgültig ob Aerzte oder Nichtärzte, zustimmen. Dasselbe gilt von der Bestimmung im § 3 Abs. 2, durch die Nichtärzten auch jede andere Behandlung derartiger Krankheiten verboten wird; bedauerlich ist hier nur der Zusatz, „sofern die Behandlung gewerbsmäßig erfolgt“; denn dadurch wird die Wirksamkeit dieser Bestimmung wesentlich eingeschränkt und vor allem eine Hintertür geschaffen, durch die auch Kurpfuscher leicht durchschlüpfen können. Es ist auch unlogisch, hier eine solche Einschränkung zu machen, während sie gegenüber der „Fernbehandlung“ mit Recht nicht getroffen ist. Dazu kommt, daß sich diese Einschränkung auch auf das Verbot des öffentlichen Anbietens zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten (§ 3, Abs. 3) erstreckt; derjenige, der eine solche Behandlung also nicht „gewerbsmäßig“ treibt, kann sich dazu straflos anerbieten, ebenso wie die Aerzte, die in ihren Ankündigungen nur den bisher vielfach üblichen Zusatz „Behandlung auch brieflich“ fortlassen müssen. Es ist deshalb nur mit Freuden zu begrüßen, daß das im § 4 getroffene Verbot der Ankündigung, Anpreisung oder Ausstellung von Mitteln, Gegenständen usw. zur Heilung und Linderung von Geschlechtskrankheiten für jedermann, also auch für Aerzte, Apotheker usw. gilt, und straflos nur das Ankündigen oder Anpreisen an Aerzte oder Apotheker oder an befugte Händler, sowie in ärztlichen Fachschriften sein soll; hier ist der jetzige Entwurf weiter als der frühere Gesetzentwurf über die Bekämpfung der Mißstände im Heilgewerbe gegangen, der eine solche Ankündigung auch in pharmazeutischen Blättern zuließ.

Die Vorschriften in den §§ 5 u. 6 sowie die vorgeschlagenen Abänderungen der §§ 180, 361 und 362 des Str.G.B. bedeuten eine wesentliche Verbesserung des jetzigen Rechtszustandes und werden sich jedenfalls als wirksames Mittel zur Bekämpfung des Dirnentums erweisen; auch die zur Verhütung und Verbreitung der Geschlechtskrankheiten durch Ammen und Säuglinge im § 7 getroffenen Vorschriften sind zeitgemäß und zweckmäßig. Von den beteiligten Kreisen wird aber mit Recht sehr bedauert, daß der Entwurf eine Anzeigepflicht der Geschlechtskrankheiten nicht vorsieht. Das hiergegen hauptsächlich angeführte Bedenken, daß dadurch die Kranken in die Hände der Kurpfuscher usw. getrieben würden, ist u. E. mehr oder weniger durch das im Entwurf vorgesehene Verbot einer solchen Behandlung hinfällig geworden. Wird dafür gesorgt, daß dieses Verbot streng durchgeführt wird, dann kann auch den behandelnden Aerzten die Anzeigepflicht auferlegt werden, besonders wenn die Anzeige an den zuständigen Medizinalbeamten in einer die Geheimhaltung wahrenden Form zu richten ist. Ob allerdings der Reichstag sich mit Einführung einer solchen Anzeigepflicht einverstanden erklären wird, ist eine andere Frage.

Der Gesetzentwurf betr. **die Verhinderung von Geburten** geht erfreulicherweise weiter als die früher dem Reichstage in dieser Beziehung gemachte Vorlage; denn er verbietet im § 3 nicht nur die Ankündigung, Anpreisung und Ausstellung, sondern im § 1 auch das gewerbsmäßige Herstellen oder Vorrätighalten, die Einfuhr, das Verkaufen, Feilhalten oder sonstiges Inverkehrbringen von empfängnisverhütenden oder die Schwangerschaft beseitigenden Mitteln sowie die Aufsuchung von Bestellungen auf solche Gegenstände, soweit sie nicht dem Bedürfnisse des Gesundheitsschutzes insbesondere der Verhütung von Geschlechtskrankheiten dienen. Welche Mittel und Gegenstände darunter fallen, soll durch Verordnung des Bundesrats bestimmt werden, da sich diese leichter und schneller als gesetzliche Bestimmungen abändern oder ergänzen läßt. Die im Entwurf vorgeschlagenen Vorschriften entsprechen den in dieser Hinsicht zu stellenden Anforderungen und werden sich bei strenger Durchführung auch als wirksam erweisen, wenn sie auch nicht den Erfolg bringen, den wir von ihnen erwarten; denn die Hauptursache des Geburtenrückgangs ist die mit voller Ueberlegung gewollte Beschränkung der Kindererzeugung, der auch fernerhin leider genug Mittel und Wege zur Erreichung ihres Zieles bleiben. Immerhin wird dadurch wenigstens eine Quelle verstopft. Zweckmäßig ist auch die Absicht, daß der Handel mit solchen Mitteln oder Gegenständen, soweit sie überhaupt hergestellt und in den Verkehr gebracht werden dürfen, von einer besonderen behördlichen Genehmigung abhängig gemacht werden soll.

§ 4 Abs. 1 bildet eine notwendige und durchaus begründete Ergänzung der §§ 218—220 des Str.G.B.; während hier die Abtreibung einer Frucht unter Strafe gestellt ist, will der Gesetzentwurf schon das Anerbieten zur Vornahme einer solchen bestrafen. Nicht minder berechtigt ist die im § 4 Abs. 2 vorgesehene Bestrafung auch derjenigen Personen, die „gewerbsmäßig“ Mittel usw. zur Verhütung der Empfängnis bei anderen Personen anwenden oder zu ihrer Anwendung anbieten, nur dünkt es uns, daß die Schwere der Straftat im zweiten Falle doch wesentlich geringer ist und deshalb auch mit einer milderen Strafe geahndet werden sollte. Außerdem empfiehlt es sich, auch im § 4 Abs. 2 wenigstens das Anbieten seiner Dienste ohne Einschränkung wie im Abs. 2 zu bestrafen, und nur bei der Anwendung selbst eine „gewerbsmäßige“ als Vorbedingung für die Bestrafung zu fordern.

Eine Bestimmung, ob und inwieweit Aerzte berechtigt sind, aus gesundheitlichen Gründen nach den Regeln ärztlicher Kunst solche Handlungen vorzunehmen, hält der Gesetzentwurf mit Rücksicht auf die bestehenden Bestimmungen nicht für erforderlich; von vielen Seiten, auch von den Aerzten selbst, wird aber die durchaus berechtigte Forderung gestellt, daß eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft nur nach zuvoriger Beratung mit einem zweiten Arzte ausgeführt werden

darf, deshalb sollte man auch keine Bedenken tragen, eine solche Bestimmung gesetzlich und nicht etwa bloß durch ärztliche Standesordnungen zu regeln.

Die im § 5 getroffene Vorschrift, über die zulässige Einziehung der betreffenden Mittel oder Gegenstände sowie über die zulässige Erkennung auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte und auf Stellung unter Polizeiaufsicht neben Gefängnisstrafe wird sicherlich im Reichstage auf keinen Widerspruch stoßen.

Hoffentlich werden beide Entwürfe recht bald angenommen, und zwar nicht in verschlechterter, sondern womöglich in einer den vorstehenden Vorschlägen gemäß verbesserter Form!

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

1. Nahrungsmittelhygiene.

Die Milch als Ueberträger von Infektionskeimen und die Bekämpfung der durch den Handel mit infizierter Milch drohenden Gefahren. Von Dr. Pilszczek-Kosslau bei Allenstein.

Infektionskeime können entweder unmittelbar vom kranken Milchtiere in die Milch übergehen und Erkrankungen durch den Genuß hervorrufen, oder sie gelangen erst nach Verlassen des Euters auf dem meist langen Wege von der Kuh bis zum Konsumenten auf die verschiedenste Weise in die Milch. Zu deren ersteren gehören Streptokokken, Staphylokokken und Colibazillen, ferner Tuberkelbazillen (besonders für die Verbreitung der Tuberkulose unter Kindern nicht zu unterschätzen), die Erreger des Maltafiebers, der Maul- und Klauenseuche, des Milzbrands (sehr selten), Kuhpocken, Tollwut und Aktinomykose (sehr selten aber nicht ganz ausgeschlossen). Weit häufiger sind Uebertragungen von Infektionskrankheiten durch die in die Milch auf dem zweiten Wege gelangten Typhus-, Paratyphus- und Cholerabazillen. Selten ist eine Verbreitung von Scharlach, Diphtherie und Masern durch die Milch. Betreffend der Maßnahmen um Schutz gegen derartige Uebertragungen kommen teils das kranke Tier, der Stall und das Haus der Produzenten, teils die Molkereien, Verkaufsgeschäfte und das Haus der Konsumenten in Betracht. Die in dieser Hinsicht bisher von dem Verfasser eingehend geschilderten Bekämpfungsmaßregeln sind nach seiner Ansicht neuerdings ausreichend. Für die Städte empfiehlt sich insbesondere die Einrichtung von städtischen Milchzentralen, die ähnlich wie die städtischen Schlachthöfe mit den erforderlichen Untersuchungslaboratorien, Kühlräumen, Sterilisier- und Reinigungsvorrichtungen ausgestattet sind. Rpd.

---

2. Frauen- und Säuglingsfürsorge.

Schwangerenfürsorge. Von Dr. Pryll-Berlin. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge und Bevölkerungspolitik; 1917, Nr. 1.

Es muß eine Schwangerenfürsorge geschaffen werden, die, ausgestattet mit reichen Geldmitteln, straffster Organisation, sachverständigen Leitung, nachhaltigster Ausübung durch geschulte Kräfte, alle bedürftigen ehelichen und unehelichen Schwangeren umfaßt und sich ihrer in ärztlicher, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht zugleich tatkräftig annimmt.

Dr. Wolf-Hanau.

Kriegs-Schnellgeburten. Von Dr. Nassauer. Münchener med. Wochenschrift; 1917, Nr. 29.

Die Geburten in den beiden letzten Kriegsjahren verlaufen schneller, vermutlich unter dem Einflusse der inneren Sekretion durch Vermittelung der Psyche. Die Abmagerung trägt bei. Dr. Graßl-Kempten.

Müttersiedlungen. Von Lotte Möller-Weißensee. Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz; Juni 1917.

Je länger man Mutter und Kind zusammen läßt, desto besser. Schwester Möller mietete sich eine Wohnung, groß genug, um 5 Mütter mit ihren Kindern bei sich aufzunehmen. Die Mütter gehen alle auf Arbeit aus, beteiligen sich aber an der Hausarbeit und vor allem an der Pflege des Kindes. Solche Müttersiedlungen können überall da entstehen, wo mütterliche, sozialgesinnte Frauen den Willen dazu haben.

Referent hat erfahren, daß in Frankfurt a. M. der Verein Mutterschutz den Müttern, die ohne Heim sind, behagliche Unterkunft und Verpflegung für sich und ihr Kind bietet in Mütterheimen. Im Juni 1917 wurde schon das zweite Mütterheim eröffnet und zwar für 18 Mütter nebst ihren Kindern. Die Mütter gehen in Munitionsfabriken und andere Fabriken. Der Verpflegungssatz beträgt für Mutter und Kind monatlich 62 Mark.

So scheint doch allmählich sich die Mahnung durchzusetzen: „Baut zunächst Mütterheime und erst später Säuglingsheime."

Dr. Rissmann-Osnabrück.

---

3. Schulgesundheitspflege.

Deutsche Schulfürsorge und Schulhygiene im Osten. Von Prof. Dr. F. Kemsies, Waidmannslust bei Berlin. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1916, Nr. 7—12.

Verfasser, der sich als ein gebürtiger Litauer bezeichnet, bespricht hier in ausführlicher Weise die Schulverhältnisse, wie sie im Osten, sowohl in Ostpreußen als im besetzten Gebiet von Kurland, Litauen und Polen sich darbieten, wie sie durch den Krieg gelitten haben und wie nach dem Kriege ein Wiederaufbau zu wünschen ist. Wir Medizinalbeamten und Schulhygieniker können nur dafür dankbar sein, daß Kemsies als Pädagoge ein so tiefes Verständnis für die Forderungen der Schulhygiene im weitesten Sinne besitzt und auch hier wieder zeigt, wie er dem Arzt seinen ihm gebührenden Platz in allen diesen Fragen ohne weiteres einräumt.

Er beginnt mit einer Schilderung des Russeneinfalls in Ostpreußen mit all den Verwüstungen und Zerstörungen, die sich auf dem Gebiete des Schulwesens bemerkbar machten — sind es doch 80000 Schulbänke allein, die in Ostpreußen durch den Russeneinfall vernichtet wurden — und beschäftigt sich dann mit den Plänen für den Wiederaufbau der Provinz (der übrigens bereits im vollen Gang ist, wie Ref. aus eigner Anschauung erlebt und beobachtet!). Es muß aber den Ausführungen des Verfassers gegenüber zur Ehre Ostpreußens richtig gestellt werden, daß es an „schönen Schulbauten" doch nicht ganz fehlt, daß tatsächlich auch Gewerbeschulen für Mädchen vorhanden sind und daß nicht der „Mehrzahl der Städte noch Gas, Wasserleitung und Kanalisation" mangelt!

Es wird alsdann ein geschichtlicher Ueberblick über die deutschen Schulverhältnisse im Osten gegeben. Wir erfahren, daß das Volkschulwesen in Russisch-Polen einen erschreckenden Tiefstand zeigt (im Jahre 1915 72 Proz. Analphabeten), daß aber demgegenüber bereits während des Krieges durch deutsche Tatkraft erhebliches zur Förderung des Schulwesens im besetzten Gebiet geschehen ist (Neugründung von Schulen unter deutschen Lehrern). Weiter wird in zwei Abschnittten „zur Hygiene der Schule" und „Hygiene der Inneneinrichtung" ein Abriß dessen gebracht, was die neuzeitliche Schulhygiene an Anforderungen stellt. Mit Recht legt Verfasser hier Wert auf freie Lage der Schulhäuser, ausgiebige Abmessung der Schulzimmer, damit der gehörige Luftraum von 4 cbm für das Kind herauskommt (Höhen von 4 m würde Ref. übrigens für ländliche Schulen nicht empfehlen!), betont auch die Anlage von Spiel- und Turnplätzen, Turnhallen, Badegelegenheiten, Wascheinrichtungen usw. Beim Schulzimmer werden Lüftungsanlagen, Sorge für gehörige Reinigung (Stauböl, Entstaubungsanlagen), Beschaffung hygienischer Schulbänke (im Osten noch vielfach mangelhaft, obwohl auch darin ein Fortschritt unverkennbar ist; Ref.) u. a. m. gebührend hervorgehoben.

Der nächste Abschnitt handelt von „sozialer und hygienischer Schülerfürsorge", ein Kapitel, das in jetziger Zeit ja von höchster Bedeutung ist; es

gilt die Gesunderhaltung und Kräftigung der Schuljugend. Schulärzte, die im Osten noch wenig vorhanden sind, auf dem Lande, wie auch sonst in Preußen, fehlen, Schulschwestern, Berufsberatung sind hier die wichtigsten Forderungen. Es ist mit dem Verfasser zu hoffen, daß der Krieg da manche Wünsche, die wir schon lange gehabt haben, erfüllen hilft!

„Die Fortbildung der Lehrer in der Schulhygiene" und die „hygienische Jugendunterweisung", gleichfalls von berufener Seite schon oft besprochen und gefordert, werden zum Schluß erörtert in einer Weise, bei der Verfasser der Zustimmung von ärztlicher Seite gewiß sein kann.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

4. Soziale Hygiene.

Die Sicherstellung der Volksvermehrung. Von Dr. Franz Schacht-Heidelberg. Archiv für Frauenkunde und Eugenetik; III. Band, Heft 3 und 4.

Nach einer Statistik über die große Kinderzahl früherer Generationen kommt Verf. zu dem Schlusse, daß namentlich die oberen Volksklassen in der Fortpflanzung zurückgegangen sind.

Die Kindersterblichkeit war allerdings früher enorm groß. Es ist aber ein großer Irrtum zu glauben, daß die Mortalitätszahl nur dadurch herabgesetzt werden könnte, daß man die Geburtenzahl in den Familien herabmindert. Man braucht bei den Fortschritten der Hygiene auch jetzt nicht mehr die „Findelhäuser" zu verwerfen, was richtig ist zu betonen, da das Pflegemütterwesen nur eine Vorstufe der Engelmacherei ist. Verf. kommt dann zu dem Schlusse, daß die Damen der höheren Gesellschaft sich von den Konventionsvorschriften und -formen frei machen und natürliche Kinder zeugen müßten.

Dr. Rissmann-Osnabrück.

Tagesnachrichten.

Der dem **Reichstag** vorgelegte Haushalt des Reichsamts des Innern für 1918 sieht auf dem Gebiete des Gesundheitswesens keine wesentlichen Aenderungen vor. Im Reichsamt des Innern werden 2 neue Stellen für vortragende Räte vorgesehen, von denen eine, wie aus den Mitteilungen des Staatssekretärs im Haushaltsausschuß hervorgeht, mit einem Mediziner besetzt werden soll. Der Haushalt des Gesundheitsamts hat keine wesentlichen Aenderungen erlitten; die dauernden Ausgaben betragen 949 620 M. gegen 947 577 M., also 2093 M. mehr als im Vorjahre. Bei den einmaligen Ausgaben sind wieder 165 000 M. für die Bekämpfung des Typhus, 100 000 M. für Versuche zur weiteren Erforschung der Pocken und 100 000 M. Beitrag zu den Unterhaltungskosten einer Anstalt für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit eingestellt und der Beitrag zur Förderung der Erforschung und Bekämpfung der Tuberkulose von 150 000 auf 200 000 M. erhöht.

Aus dem Preussischen Abgeordnetenhause. Der Haushaltsvoranschlag für das Medizinalwesen ist bereits am 28. Februar und 1. März zur Verhandlung gekommen; nach den kurzen Berichten der politischen Presse hat bei dessen Beratung das Salvarsan ebenso die Hauptrolle gespielt wie bei der Vertretung im Ausschuß; außerdem wurde von zwei Abgeordneten Vollbesoldung aller Kreisärzte verlangt und allseitig die Bereitstellung eines größeren Zuschusses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit dankend anerkannt. Wir werden auf die Verhandlungen, die sich auch auf die Krüppelfürsorge, Ernährungsfürsorge, Tuberkulose, Wohnungsfürsorge, Säuglingsfürsorge, Bevölkerungspolitik und verschiedene andere gesundheitliche Fragen erstreckten, in der nächsten Nummer an der Hand des dann vorliegenden stenographischen Berichts zurückkommen.

Am 14. ds. M. hat der Ausschuß für Bevölkerungspolitik seine erste Sitzung abgehalten und in dieser über die Fragen verhandelt: Wie ist der Geburtenrückgang einzudämmen und die Geburtenzahl wieder zu heben und welche

Maßnahmen können über die bereits bestehenden hinaus mit möglichster Beschleunigung getroffen werden, um kinderreichen Familien ihre Wirtschaftssorgen zu erleichtern? In der Sitzung gab ein Vertreter der Regierung Auskunft über den Geburtenrückgang während des Krieges; danach soll der Ausfall an Geburten weit höher sein als die Zahl der Gefallenen. Auch nach dem Kriege würde voraussichtlich eine niedrigere Geburtenziffer als vor dem Kriege zu erwarten sein.

Nach Vereinbarung des Leipziger Verbandes mit den Lebensversicherungen ist vom 1. Januar d. J. ab auch eine **Erhöhung der Vergütung für ärztliche Zeugnisse in Lebensversicherungsangelegenheiten** eingetreten. Danach ist der Zuschlag für Besuche am Wohnort von 3 M. auf 5 M., die Entschädigung für Zeitversäumnis für jede angefangene halbe Stunde von 2 M. auf 2.50 M. erhöht. Es sind ferner erhöht die Sätze für Ausstellung des kurzen Zeugnisses bei Anträgen zu Versicherungen bis zu 2000 M.: 7,50 M. (bisher 6 M.), bei Versicherungen bis zu 6000 M.: 15 M. (bisher 12 M.), von 6001 bis 10000 M.: 18 M. (bisher 15 M.), von 10001 bis 25000 M.: 20 M. (bisher 15 M.), über 25000 M.: 25 M. (bisher 15 M.), sowie für Ausstellung eines hausärztlichen Berichtes von 7,50 M. auf 10.— M.

Sämtliche Lehrer der Kinderheilkunde an den deutschen Universitäten und Akademien der prakt. Medizin haben an den Reichskanzler und die zuständigen Ministerien der deutschen Bundesstaaten eine **Denkschrift** gerichtet, in der folgende Forderungen ausgesprochen werden:

1. Vollwertige Kinderkliniken mit Infektionsabteilungen. — 2. Umwandlung der Extraordinariate für Kinderheilkunde in Ordinariate. — 3. Verlängerung der Ausbildung der Studierenden in der Kinderheilkunde auf zwei Semester. — 4. Prüfung aller Examinanden in der Kinderheilkunde durch den Vertreter dieses Faches. — 5. Einführung der Kinderheilkunde als besonderen Prüfungsabschnitt im Kreisarztexamen. — 6. Besondere Ausbildung der Schulärzte in Kinderheilkunde. — 7. Fort- bezw. Ausbildungskurse in der Kinderheilkunde für praktische Aerzte in ausgedehnterer Weise als bisher. — 8. Erweiterung der Ausbildung der Hebammen in der Kinderheilkunde und Mitwirkung eines Pädiaters beim Unterrichte und bei der Prüfung der Hebammenschülerinnen.

Begründet werden diese Wünsche mit der derzeitigen Rückständigkeit der unterrichtlichen Ausbildung der deutschen Medizinstudierenden in Kinderheilkunde und mit der Unmöglichkeit, die Aufgaben der Erhaltung und Gesunderhaltung unseres Nachwuchses nach dem Kriege zu erfüllen, wenn nicht für eine bessere Ausbildung der Aerzte, besonders auch der amtlichen und Schulärzte, in diesem wichtigen Fache gesorgt wird.

Der Denkschrift der akademischen Lehrer hat sich auch die Gesellschaft für Kinderheilkunde angeschlossen.

Zur Bekämpfung von Scharlach und Diphtherie im Kohlenbezirk hat der Allgemeine Knappschaftsverein in Bochum für die nächsten Jahre jährlich 90000 Mark bewilligt.

Auszeichnung. Die Heidelberger medizinische Fakultät hat dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **R. Pfeiffer,** Direktor des Hygienischen Instituts in Breslau, für seine Verdienste um die Seuchenbekämpfung im Kriege die zur Erinnerung an Prof. Dr. Kussmaul gestiftete Medaille verliehen.

Ehrentafel. Es hat weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Oberstabsarzt d. R. Dr. Domansky, Anstaltsarzt an der Provinzial-Irrenanstalt Obernwalde.

Stabsarzt Dr. Marx, Chefarzt eines Landwehr-Feldlazaretts und Gerichtsarzt in Berlin.
Marinestabsarzt d. Res. Dr. Neubelt, Kreisarzt in Jarotschien.

Todesfall. In Wien ist der in weiten Kreisen bekannte ord. Professor Hofrat Dr. **Kolisko**, Leiter des dortigen gerichtlich-medizinischen Instituts, am 23. v. M. im Alter von 60 Jahren gestorben.

Im Kreise **Sonderburg** (Schlesien) hat man die Errichtung eines **Kreiswohlfahrtsamts** beschlossen, dem auch die Fürsorge auf gesundheitlichem Gebiete übertragen werden soll, wie sich aus dem nachstehenden Ausschreiben ergibt:

„Lebensstellung für kriegsbeschädigte Offiziere.

Bei dem in der Bildung begriffenen **Kreiswohlfahrtsamt des Kreises Sonderburg (Alsen)** ist die Stelle eines **Leiters** zum Frühjahr 1918 zu besetzen.

Das Arbeitsgebiet des der Aufsicht des Landrats unterstehenden Kreiswohlfahrtsamts würde etwa folgende Angelegenheiten umfassen:

Säuglingsfürsorge, Kleinkinderfürsorge, Schul- und Jugendpflege (Jugendamt), Tuberkulosenfürsorge, Kriegsbeschädigtenfürsorge, Kriegshinterbliebenenfürsorge (u. a. Ansiedlung und Beratung), Kleinhandwerk, Hebammenwesen, Krankenpflege, soziale Fürsorge im allgemeinen (Kleinwohnungswesen, Trinkerfürsorge, Hauspflege, Haushaltungsunterricht, Arbeitsvermittlung, Stadtkinder auf dem Lande, Krebsbekämpfung, Volksbibliothek, Förderung der Kleintierzucht und des Gemüsebaues).

Bewerber müssen Organisationstalent besitzen, mit der Bevölkerung **taktvoll** umzugehen verstehen und die erforderlichen Gesetzeskenntnisse haben oder doch befähigt sein, sich schnell hineinzuarbeiten.

Bewerbungen sind unter Beifügung von Lebenslauf und etwaigen Zeugnisabschriften mit Angabe der Gehaltsansprüche und des Militärverhältnisses an den **Kreisausschuß in Sonderburg bis zum 25. Februar 1918** einzureichen.

Sonderburg, den 31. Januar 1918.

Der Königliche Landrat
Schönborn.“

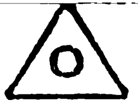
Der „preußische Offizier“ soll ja nach Fürst Bismarcks Ausspruch alles können; ob er sich aber auch für die Leitung eines solchen Amtes befähigt erweisen wird, dürfte mehr als zweifelhaft sein. Jedenfalls ist es bemerkenswert, welche geringe Anforderungen an die Bewerber um die betreffende Stelle hinsichtlich ihrer Befähigung für diese gestellt werden; sie stehen im vollen Gegensatz zu denjenigen, die z. B von den ihnen unterstellten Beamten (Fürsorgeschwestern, Säuglingspflegerinnen usw.) im allgemeinen verlangt werden. Warum aber in bezug auf die Leitung derartiger Aemter in die Ferne schweifen, wenn die dazu am meisten geeignetste Persönlichkeit — der zuständige Kreisarzt — im Kreise vorhanden ist.

Mitteilung.

Die Herstellung der **Einbanddecken zur Zeitschrift für Medizinalbeamte** verzögert sich, da der dazu erforderliche grüne Kaliko zurzeit nicht beschafft werden kann. Sobald die Beschaffung möglich ist, werden die bisher eingegangenen Bestellungen erledigt werden und die Zusendung der Einbanddecken erfolgen.

Die Verlagsbuchhandlung.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

31. Jahrgang; Nr. 6.  Ausgegeben am 20. März 191

ZEITSCHRIFT
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins
durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geh. Med.-Rat: den Kreisärzten und Medizinal-Räten Dr. Richter in Berlin. Dr. v. Fischer-Benzon in Flensburg, Dr. Schäfer in Gumbinnen, Dr. Meyer in Hannov. Münden, Dr. Kämpfe in Karthaus, Dr. Hauschild in Breslau, Dr. Barth in Bochum, Dr. Hasse in Flatow, Dr. Telschow in Spandau, Dr. Elten in Freiberg a. E., Dr. Sudhoelter in Minden, Dr. Nickel in Perleberg, Dr. Eilers in Schleusingen, Dr. Wohs in Wittenberg, Dr. König in Soldin und Dr. Petermöller in Meppen, sowie dem Gerichtsarzt Dr. Roth in Frankfurt und dem Prof. Dr. Otto, Abteilungsvorsteher bei dem Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ in Berlin; — der Charakter als Medizinalrat: den Kreisärzten Dr. Boretius in Rybnik, Dr. Engels in Buer i. W., Dr. Hagemann in Essen a. Ruhr, Dr.

Werner in Frankfurt a. M., Dr. Reckmann in Geldern und Dr. Ocker in Berlin-Lichterfelde; — der Charakter als Geh. San.-Rat: den Sanitätsräten Dr. Backenköhler, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Ablerbeck, Dr Farwik, Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Münster i. W., Dr. Schauer, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Neustadt i. Westpr.; — als San.-Rat: dem Dr. v. Scheibner, Direktor der Lungenheilstätte in Armbrock bei Hagen i. W., Dr. Schütte, Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt in Lüneburg; — als Geh. Reg.-Rat: dem Prof. phil. Lockemann, Vorsteher der chemischen Abteilung bei dem Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ in Berlin; — das Prädikat Professor: dem Privatdozenten Dr. Ringleb in Berlin; — das Verdienstkreuz für Kriegshilfe: dem Med.-Rat Dr. Israel, Kreisarzt in Breslau.

Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung des Königl. Bayerischen König-Ludwigkreuzes für Heimatverdienst während der Kriegszeit und des Hamburgischen Hanseatenkreuzes: dem Ministerialdirektor und Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner-Berlin.

Ernannt: Zu Mitgliedern des Reichsgesundheitsrats: Reg.- u. Veterinärrat Dr. Lothes-Cöln, Geh. Med.-Rat Dr. Beninde, vortragender

(Fortsetzung der Personalien auf der sechsten Seite des Umschlags.)

Stadtassistenzarztstelle

bei der Stadt **Düsseldorf** infolge Anstellung des Inhabers im Staatsdienst frei geworden. Gehalt 4500—6000 Mark und während des Krieges widerrufliche Zulage von 1200 Mark jährlich. Dreimonatige Kündigung. Privatpraxis nicht gestattet. Möglichst Nachweis der im § 3 des Kreisarztgesetzes bezeichneten Erfordernisse. Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen baldigst erbeten. Im Militärdienst befindliche kreisärztlich geprüfte Bewerber werden g. F. berücksichtigt. Persönliche Vorstellung nur auf Wunsch.

Düsseldorf, den 13. Februar 1918.

Der Oberbürgermeister.

31. Jahrg. 1918.

Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 6.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. März.

Die am 28. Februar und 1. März d. J. im preussischen Abgeordnetenhaus stattgefundene Verhandlung über den Haushalt des Medizinalwesens für das Jahr 1918.

Vom Herausgeber.

Die diesjährige Beratung des preußischen Abgeordnetenhauses bietet mancherlei Erfreuliches; um so mehr ist zu bedauern, daß sie wiederum bei einem recht wenig besetzten Hause stattgefunden hat. Zu bedauern ist auch, daß die Petition des früheren Polizeiarztes Dr. Dreuw-Berlin, betr. die **Salvarsanfrage**, ebenso wie in der Vorberatung des Haushaltsausschusses einen viel größeren Teil der Verhandlung in Anspruch nahm, als sie es verdiente. Wenn auch alle Redner der Ansicht waren, daß das Abgeordnetenhaus kein Forum zur Entscheidung derartiger strittigen wissenschaftlichen Fragen sei, so wurde doch von den meisten Rednern zur Beruhigung der Bevölkerung eine weitere Klärung der Frage für nötig erachtet, obwohl eine solche mit Recht von dem einzigen sachverständigen Abgeordneten in dieser Angelegenheit, dem Abg. Dr. Mugdan, für überflüssig und in der Sache selbst für schädlich bezeichnet wurde. Der

von der Kommission gestellte Antrag auf Uebergang zur Tagesordnung fand deshalb auch nicht die Zustimmung des Hauses, sondern ein Antrag des Abg. Braun u. Genossen auf Ueberweisung der Petition an die Staatsregierung zur Erwägung, allerdings mit der Einschränkung, soweit die Einsetzung einer paritätischen Kommission zur Prüfung der Frage gewünscht sei. Daß bei Einsetzung einer solchen Kommission nichts herauskommt, wird die Zukunft lehren, wenn sie von der Staatsregierung wirklich einberufen werden sollte, was nach den Ausführungen des Herrn Ministers zu diesem Antrage zu erwarten steht.

Erfreulich war dagegen die große Uebereinstimmung in Bezug auf den von dem Abg. Hinzmann gestellten Antrag auf eine bessere **Krüppelversorgung**, deren Notwendigkeit allseitig, auch von seiten der Regierung, anerkannt wurde, so daß wohl mit Sicherheit zu erwarten steht, daß diese dem fast einstimmig angenommenen Antrage gemäß dem Hause einen Gesetzentwurf vorlegen wird, der den Krüppeln eine gleiche Fürsorge wie den Blinden, Geistesschwachen usw. sichert. Von fast sämtlichen Rednern wurde auch die Einstellung erheblicher Summen zur Hebung der **Säuglingsfürsorge** und zur **Bekämpfung der Tuberkulose** mit Freuden begrüßt, und mit Recht mehrfach zum Ausdruck gebracht, daß diese Summen auch wirklich ausgegeben und keine Ersparnisse daraus erzielt werden dürften. Von verschiedenen Seiten wurde auch betont, daß sie sich keineswegs als ausreichend erwiesen würden, einer Ansicht, die sich auch der Herr Miniser nicht verschloß, in dem er erklärte, daß die auf diesem Gebiete geplanten Maßnahmen erst den Anfang für weitere und damit auch für die Bereitstellung größerer Mittel bilden solten. Ebenso sprach er sich für die von mehreren Rednern geforderte Beibehaltung der **Reichswochenhilfe** aus, die sich vorzüglich bewährt und namentlich eine wesentliche Zunahme des Stillens bewirkt habe, und stellte weiterhin eine gesetzliche Regelung des **Haltekinderwesens** und die Einrichtung von **Fürsorgeämtern** in Aussicht. Die darüber von dem Herrn Minister gemachten vorläufigen Mitteilungen rufen allerdings die Befürchtung hervor, daß diesen Fürsorgeämtern nicht bloß erziehliche, sondern auch gesundheitliche Aufgaben überwiesen werden könnten, was unseres Erachtens ein großer Fehler sein würde; denn diese Aufgaben müssen ausscließlich in den **Kreisgesundheitsämtern** vereinigt sein, deren Errichtung von dem Abg. v. Woyna und vor allem von dem Abg. Mugdan gefordert wurde. Beide Redner wiesen, ebenso wie der Abg. Faßbender, auch auf die Notwendigkeit der **Vollbesoldung aller Kreisärzte** hin, gegen die nur der konservative Abg. Dr. Negenborn die von dieser Seite wiederholt ausgesprochene Befürchtung äußerte, daß die Gesundheitsbeamten ihren Aufgaben nicht gerecht werden könnten, wenn sie in ihrem Leben nicht ausgiebig Fühlung mit der goldenen Praxis hätten. Demgegenüber betonte der Abg. Dr. Mugdan mit Recht, daß ein Gesundheitsbeamter in erster Linie Krankheiten verhüten und nicht heilen

solle und daß er bei dieser Aufgabe auf die Mitwirkung der Aerzte angewiesen sei, auf die er aber als ärztlicher Konkurrent nicht rechnen könne. Auch der Herr Minister legte besonderen Wert auf diese Mitwirkung; er wird deshalb auch die Notwendigkeit einer Vollbesoldung aller Kreisärzte um so mehr anerkennen müssen, als die Zahl der vorhandenen Medizinalbeamten nach seiner Ansicht gegenüber der ihnen obliegenden „riesigen" Aufgaben „eigentlich relativ gering" ist. Daraus ergibt sich doch von selbst die Schlußfolgerung, nicht nur die Tätigkeit dieser Beamten zum Nutzen des öffentlichen Gesundheitswohls voll und ganz in Anspruch zu nehmen, sondern sie auch dementsprechend voll zu besolden. Der Abg. Dr. Mugdan hat auch mit beredten Worten auf die Notwendigkeit eines besonderen **Ministeriums für Volksgesundheit** hingewiesen, die allerdings von dem Abg. v. Woyna nicht anerkannt wurde. Das der Medizinalverwaltung zugewiesene Gebiet der Gesundheitspflege ist aber nach Ansicht des Herrn Ministers selbst, so „außerordentlich groß" und die Verantwortung dafür „sehr groß und schwer", so daß die Forderung eines solchen Ministeriums sowie die weitere Um- und Ausgestaltung des öffentlichen Gesundheitswesens in Preußen durchaus berechtigt erscheint. Der Herausgeber dieser Zeitschrift hat demzufolge auch eine dementsprechende **Petition** an den Landtag gerichtet, die im Wortlaut in dieser Nummer unter Tagesnachrichten mitgeteilt ist.

Die Einzelheiten der Beratung ergeben sich aus dem nachstehenden auf Grund des Stenogramms festgestellten Bericht:

Abg. Graf v. d. Groeben, Berichterstatter (kons.) bittet zunächst, von einer Besprechung über den Geburtenrückgang jetzt abzusehen, weil die Kommission für Bevölkerungspolitik diese Frage demnächst eingehend erörtern und dem Hause entsprechende Vorschläge machen wird. Er spricht sodann seine Freude darüber aus, daß in diesem Jahre 500000 M. für **Säuglingsschutz** eingesetzt sind und damit auch die hohe Bedeutung dieser Frage anerkannt worden ist. In den Verwaltungsbezirken, die seit längerer Zeit einen Säuglingsschutz eingeführt haben, wie z. B. im Reg.-Bez. Düsseldorf, haben sich günstige Ergebnisse gezeigt. Das beweist, daß man durch öffentliche Mittel sehr viel helfen kann. Bei Gewährung von Beihilfen aus diesem Titel darf aber nicht schematisch verfahren werden; denn der Schwerpunkt liegt darin, daß die private Tätigkeit und die Tätigkeit der Kommunalverbände angeregt wird, damit überall in den Kreisen Mittelpunkte geschaffen werden, die zur Belehrung und Beaufsichtigung das ihre beitragen, um vorhandene Schäden aufzudecken, vor allem aber die Schrecken erregenden Irrtümer bei der Aufzucht von Säuglingen nach Möglichkeit zu beseitigen. Jedenfalls bildet die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit den wichtigsten Teil auf dem Gebiete der Bevölkerungspolitik. Es kommt hierbei besonders darauf an, belehrend zu wirken und viele Irrtümer, die sich über die Art und Weise des Umgangs mit Säuglingen eingeschlichen hätten, richtig zu stellen. Hierfür braucht man aber noch mehr als das Geld, die Mitwirkung aller Kreise des Volkes; jeder hat hier eine Aufgabe die den Dank des Vaterlandes verdient.

Zum ersten Male weist der Etat einen Posten zur **Bekämpfung der Tuberkulose** auf, der, wie der Herr Minister des Innern in der Kommission selbst erklärt hat, nicht groß sei und voraussichtlich nicht ausreichen werde, denn infolge der schwierigen Ernährungsverhältnisse habe die Tuberkulose während des Krieges erheblich zugenommen. Während im Jahre 1913 rund 37000 Personen an Tuberkulose gestorben sind, ist ihre Zahl im Jahre 1917

auf 54500, also um 50 % gestiegen. Wenn es sich auch bei ihrer Bekämpfung zum großen Teil um ortspolizeiliche Aufgaben handelt, so kommen auch eine Menge Gesichtspunkte in Betracht, die die beihilfsweise Mitwirkung des Staates gerechtfertigt erscheinen lassen.

Nachdem der Berichterstatter dann hervorgehoben hat, daß das Deutsche Reich trotz aller Befürchtungen während der letzten Jahre von der **Pest** verschont geblieben ist, empfiehlt er die Annahme des Antrages Hinzmann, betr. eine bessere **Krüppelfürsorge,** der von der Kommission in folgender Fassung angenommen ist:

„Die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, in der nächsten Tagung des Abgeordnetenhauses einen Gesetzentwurf vorzulegen, wonach den unbemittelten Krüppeln unter 16 Jahren eine öffentliche Fürsorge gewährt wird."

Zurzeit könne man wohl mit 60000 Krüppeln in Preußen rechnen, von denen 35000 heimbedürftig seien, für die aber nur 5000 Plätze zur Verfügung ständen. Auch mit Rücksicht auf die überraschenden Heilerfolge, die jetzt bei Krüppeln erzielt werden, sei es eine Pflicht des Staates, für diese in gleicher Weise zu sorgen, wie es für die Geisteskranken, Schwachsinnigen usw. durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 geschehen sei.

Zum Schluß berichtet Redner über die in der Kommission stattgehabten Verhandlungen über die Petition des Polizeiarztes a. D. Dr. Dreuw, in der ein Verbot der **Syphilisbehandlung mit Salvarsan** oder wenigstens die Einsetzung einer paritätischen Prüfungskommission, sowie die Festsetzung einer Maximaldosis, ein Verbot der Zwangsbehandlung mit Salvarsan und die Anzeigepflicht für jeden Salvarsantodesfall und jede Salvarsanvergiftung, auch bei Verdacht verlangt wird. Der Berichterstatter empfiehlt, über den ein Verbot des Salvarsans fordernden Teil I der Eingabe zur Tagesordnung überzugehen, da das Haus ein technisches Urteil nicht abgeben könne, dagegen den zweiten Teil der Petition der Regierung zur Erwägung zu überweisen, während die Kommission nach eingehender Beratung vorschlägt, über die ganze Eingabe zur Tagesordnung überzugehen.

Abg. Dr. Faßbender (Zentr.) spricht zunächst seine Freude darüber aus, daß die preußische Staatsregierung, insbesondere sowohl der frühere, als auch der jetzige Herr Minister des Innern und die Medizinalabteilung den ganzen Ernst der Fragen der **Bevölkerungspolitik** erfaßt und ihre ganze Aufmerksamkeit ungeteilt der Lösung des Bevölkerungsproblems zuwenden. Aus diesem großen Verständnis für das größte und wichtigste Problem der Gegenwart und Zukunft heraus ist eine sehr wertvolle Denkschrift entstanden, und auf Grundlage dieser Denkschrift haben eine Reihe von Kommissionen innerhalb des Ministeriums sehr erfolgreich gearbeitet; die Ergebnisse dieser Beratungen sollen noch in diesem Frühjahr der ständigen Kommission für Bevölkerungspolitik zugänglich gemacht werden. Dann wird eine ganze Reihe von praktischen Fragen der Gesetzgebung in Angriff zu nehmen sein. Es wird sich um die Siedlungs- und Wohnungsfragen, um Erziehungs- und Gesundheitsfragen, um Besoldungs- und Lohnfragen und auch um Steuerfragen handeln. Redner begrüßt hierauf ebenfalls mit besonderer Anerkennung die Einstellung eines größeren Betrages für **Säuglingspflege** in dem vorgelegten Haushaltsplan. Der Krieg habe auf dem Gebiete der Säuglingssterblichkeit die angenehme Ueberraschung gebracht, daß die Kindersterblichkeit seit Beginn des Krieges zurückgegangen sei, eine Tatsache, die unzweifelhaft auf die Zunahme des Selbststillens zurückzuführen sei. Gerade das Selbststillen ist unzweifelhaft von größter Bedeutung in bevölkerungspolitischer Beziehung, weil unter dem Einfluß des Selbststillens nicht nur die Kindersterblichkeit zurückgeht, sondern auch im Selbststillen die Grundlage für einen gesunden und kräftigen Aufbau des kindlichen Körpers in viel höherem Grade gegeben wird, als durch irgendeine andere Maßnahme. Deshalb sollte mehr als bisher auch hier volkserzieherisch vorgegangen und eine größere Aufklärung besonders auch in den Kreisen der gebildeten Frauen bezüglich der Wichtigkeit und Notwendigkeit des Stillens herbeigeführt werden. Für eine solche Propaganda seien besonders zwei Schriften von Muckermann geeignet: „Der biologische Wert der mütterlichen Stillpflicht" und die auf Veranlassung der bayerischen Regierung verfaßte Schrift: „Mutter und Kind".

Mit der Bevölkerungspolitik hängt aufs engste zusammen die **Gesundheitspflege,** und mit der Gesundheitspflege steht wieder in engstem Zusammenhang die **Kreisarztfrage.** Man hat damit begonnen, in einer Reihe von Fällen nebenbesoldete Kreisarztstellen in vollbesoldete Kreisarztstellen umzuwandeln; es ist aber wünschenswert, daß die Königliche Staatsregierung in dieser Beziehung ein schnelleres Tempo anschlägt und noch mehr Stellen in vollbesoldete umgewandelt werden. Es ist doch keine Frage, wenn die großen Aufgaben der Beratung der Bevölkerung in gesundheitlicher Beziehung ausreichend in die Wege geleitet werden sollen, daß dann auch die Medizinalverwaltung über die Kreisärzte möglichst ausgiebig verfügen muß. Das ist aber nicht möglich, wenn die Kreisärzte als nebenbesoldete auf Privatpraxis angewiesen sind, einmal, weil sie einen großen Teil ihrer Zeit für ihre Privatpraxis notwendig haben, zum anderen, weil sie niemals bei ihren Kollegen das Vertrauen genießen, wenn sie als Konkurrenten in der Praxis von ihnen angesehen werden. Deshalb bittet Redner, mit der Umwandlung der nebenbesoldeten Stellen in vollbesoldete möglichst umfassend vorzugehen, soweit es sich irgendwie mit den verfügbaren Mitteln des Staates durchführen läßt.

Mit der Bevölkerungspolitik steht weiterhin im engsten Zusammenhang die **Fürsorge für das keimende Leben.** Der Fall Henkel hat in unliebsamster Weise die Aufmerksamkeit weiter Kreise auf diese traurige Seite des Volkslebens hingelenkt. Daß im allgemeinen bei den Aerzten, die in der Praxis stehen, die Einleitung des künstlichen Aborts in viel umfangreicherem Maße erfolgt, als in den Kliniken, ist eine Tatsache, die sich aus der ganzen einschlägigen Literatur ergibt. Besonders geht aus den ausgezeichneten Veröffentlichungen der Geh. Med.-Räte Prof. Dr. Bumm-Berlin und Prof. Dr. Winter-Königsberg, sowie aus den Gutachten der Geheimräte Dr. Krohne und Dr. Barlach unzweifelhaft hervor, daß die künstlichen Aborte seitens der Aerzte immer mehr zunehmen, und daß die Indikationen nur in der kleineren Anzahl der Fälle einer streng wissenschaftlichen Kritik standhalten. Geh.-Rat Dr. Winter hat in seiner Arbeit ausgeführt, daß drei Faktoren zur Abstellung der Mißstände zusammenwirken müssen, in erster Reihe die berufenen Fachvertreter, die akademischen Lehrer und die Leiter größerer staatlicher Institute, welche die wissenschaftliche Begründung zu den Indikationen in möglichst unanfechtbarer Weise zu geben haben und für Propagierung derselben in Unterricht in Wort und Schrift zu sorgen haben, dann die Aerzteschaft, besonders die Aerztekammern, die über die Mitglieder ihres Standes zu wachen und sie bei standesunwürdigem Verhalten zur Rechenschaft zu ziehen haben. Endlich hat der Staat als Bekämpfer des Unfugs unberechtigter Eingriffe in die natürlichen Vorgänge der Schwangerschaft große Pflichten auf dem Gebiete gesetzgeberischer Maßnahmen. Redner bittet deshalb, daß doch mit der Durchführung derjenigen Maßnahmen, die sich in den eben erwähnten Gutachten finden, möglichst bald wirklich Ernst gemacht werde und daß man nicht damit bis nach dem Kriege warte. Man müsse möglichst bald wenigstens festlegen, daß gesetzlich für die Unterbrechung der Schwangerschaft immer die Befragung zweier Aerzte erforderlich sei und eine Anzeigepflicht für jeden künstlich eingeleiteten Abortus eingeführt werde. Es sei dringend notwendig, daß der jetzige Unfug abgestellt werde; denn durch die künstlich eingeleiteten Aborte haben wir besonders in den großstädtischen Verhältnissen einen ganz ungeheuren Ausfall an Bevölkerung. Daß eine Anzahl von Aerzten kein Bedenken trägt, die sogenannte „soziale Indikation“ zur Einleitung des Abortes mit Tötung der Leibesfrucht für ausreichend zu erachten, ist jedenfalls eine ethisch und bevölkerungspolitisch außerordentlich bedauerliche Erscheinung.

Erfreulicherweise sind im Etat auch für die **Bekämpfung der Tuberkulose** erhebliche Mittel zur Verfügung gestellt worden. Wenn man aber sieht, daß alljährlich enorme Summen — und zwar gewiß mit Recht — für den Kampf gegen die Tuberkulose verwendet werden, dann erscheint es auffallend, daß so wenig zur Bekämpfung der **Krebskrankheit** geschieht, für die im Medizinaletat nur 10000 M. gefordert werden. Jährlich sterben aber in Deutschland über 50000 Menschen an Krebs, und die Zahl der Todesfälle steigt von Jahr zu Jahr. Nach einer Statistik des Herrn Ministerialdirektors Dr. Kirchner hat in Preußen

in den Jahren von 1900 bis 1907 die Krebssterblichkeit um 1/6 zugenommen. Im Jahre 1912 ist sie bereits in einzelnen Staaten Deutschlands ebenso groß wie die Sterblichkeit an Lungentuberkulose gewesen. Dazu kommt, daß nicht nur die höheren Lebensalter, wie man in weiten Kreisen des Volkes glaubt, sondern gerade das beste Alter, das Alter zwischen dem 40. und 60. Lebensjahre, am meisten durch die Krebskrankheit gefährdet ist. Bei dieser Sachlage ist es auffallend, daß für die Bekämpfung des Krebses durch die preußische Medizinalverwaltung nicht mehr geschieht. In anderen Ländern ist dies anders. In Baden ist der Universität Heidelberg ein vom Staat reich dotiertes Krebskrankenhaus angegliedert. Hamburg besitzt eine ähnliche Einrichtung; in Wien und Budapest sind Millionenstiftungen für die Errichtung von Krebsforschungsanstalten vorhanden. In der Berliner Charité besteht zwar ein Krebsforschungsinstitut, es wird aber stiefmütterlich behandelt und steht nicht einmal im ordentlichen Haushalt, sondern es sind dafür nur im Extraordinarium für 3 Jahre 25000 Mark vorgesehen. Redner hat deshalb den dringenden Wunsch, daß die segensreiche Arbeit dieses Instituts, das von Geheimrat Prof. Dr. Orth mit Prof. Dr. Blumenthal gemeinsam geleitet wird, auch von der Königl. Staatsregierung in genügender Weise gefördert werde, zumal die Ergebnisse bei der Behandlung der Krebskranken in dem Krebsinstitut der Charité erkennen lassen, daß die therapeutische Bekämpfung der Krankheit sichtbare Fortschritte mache. Es sei dringend nötig, nicht nur für die armen Krebskranken besondere Behandlungsstätten an allen Universitäten und Akademien der Medizin zu schaffen, sondern auch dafür Sorge zu tragen, daß die Aerzte in der Behandlung solcher Krebskranken, vornehmlich in der Bestrahlungstherapie, ausgebildet werden.

Der Krieg hat gezeigt, wie viele Fragen auf dem Gebiete der **Ernährungslehre** noch ungelöst sind. Unzweifelhaft wird nach dem Kriege eine riesige Teuerung in der Lebenshaltung eintreten; um so wichtiger ist es vom Standpunkt der Bevölkerungspolitik, daß die breite Masse der Bevölkerung autoritative Belehrung finde, wie sie zu billigsten Preisen sich in rationeller, aber in billiger, schmackhafter und gesunder Weise zu ernähren imstande sei. Ebenso wie schon früher der Begründer der Agrikulturchemie Justus v. Liebig und nach ihm der bekannte Prof. Voit beklagt haben, daß für das Studium der Volksernährung so gut wie gar nichts geschehe, ist diese Klage auch jetzt wieder mit Recht von Geheimrat Prof. Dr. Rubner erhoben und betont, daß das Studium der öffentlichen Ernährung eine außerordentlich bedeutungsvolle Aufgabe sei und vom Staate durch Errichtung einer Zentralstelle gefördert werden müsse. Die Verbesserung der Volksernährung auf allen Gebieten sei eine der Bekämpfung der Infektionskrankheiten nicht nur ebenbürtige Maßregel des öffentlichen Wohles, sondern umfangreicher in ihrem Endziele als diese, denn sie betreffe die prophylaktische Herabsetzung der gesamten Morbidität der heranwachsenden Generation. Als Aufgabe für eine solche Zentral-Forschungsstelle wird von Prof. Dr. Rubner verlangt: „Sammlung des ganzen Materials bezüglich Volksernährung, Feststellung der Nahrungsweise in den verschiedenen Teilen des Landes und ihr Einfluß auf die allgemeine Gesundheit, wissenschaftliche Verwertung der Ergebnisse, Gewinnung neuer, Verbesserung alter Nahrungsmittel, Prüfung der Konservierungsmittel, des Nahrungsmittelverkehrs, Untersuchungen über die Oekonomie der Ernährung, über Preisbildung und Speisebereitung, Studium der öffentlichen Ernährung in Speisehäusern, in Gefängnissen, ganz besonders der Kinderernährung." Jedenfalls ist es höchst notwendig, daß wir, durch die Lehren des Krieges gewitzigt, an die Schaffung eines umfassenden Forschungsinstituts für die gesamte Ernährungs- oder Lebensmittellehre herangehen.

Betreffs der **Salvarsanfrage** ist Redner der Ansicht, daß es nur im Interesse der Oeffentlichkeit liegen könne, eine möglichst große Klärung über die Frage zu bekommen; deshalb steht er dem Antrage auf Einsetzung einer paritätisch zusammengesetzten Kommission zur Prüfung sehr freundlich gegenüber. Man dürfe auch nicht außer acht lassen, daß eine allzu bestimmte von der Staatsregierung über die sichere Heilwirkung des Salvarsans bekannt gegebene Erklärung ganz bedenkliche Folgen für die Bevölkerung haben könne (sehr richtig), die sich dann ganz einfach sage: „Nun kann man sich gehen lassen; die Gefahren sind durch das Salvarsan aus der

Welt geschafft.“ Gerade vom Standpunkt der moralischen Wirkung auf die breite Masse des Volkes dürfe man den Abschluß der Untersuchungen nicht allzu sehr betonen, sondern lieber sagen, wir wollen die Frage objektiv und ruhig weiter prüfen. Bei der Erörterung dieser Frage muß die Persönlichkeit des Antragsstellers ebenso vollständig ausscheiden, wie die Person des Geheimrats Ehrlich, des Erfinders des Mittels; denn es handle sich nur darum, im Interesse der breiten Masse des Volkes der Volkswohlfahrt Klärung zu schaffen, und dafür zu sorgen, daß alles, was in dieser Richtung geschehen könne, auch geschehe. Deshalb bittet Redner zum Schluß, die Petition der Königlichen Staatsregierung wenigstens zur Erwägung zu überweisen. (Bravo!)

Abg. **Hirsch**-Berlin (Soz.-Dem.) stimmt dem Antrag des Abg. Hinzmann betr. besserer **Krüppelfürsorge** zu. Die **Salvarsanfrage** bedarf, da sie einmal Gegenstand der öffentlichen Erörterung geworden ist, einer objektiven Prüfung und Klarstellung; deshalb ist die Einsetzung einer paritätischen Kommission erwünscht. Wenn nun behauptet wird, daß Salvarsangegnern die Fachpresse verschlossen ist, so widerspricht dies der Forderung der freien wissenschaftlichen Forschung und ist ebenso zu verurteilen, wie der zu hohe Preis des Mittels. Gegen den Arzneiwucher gibt es nur ein Mittel, das ist die Verstaatlichung des Verkehrs mit Arzneimitteln. — Für die Beurteilung des allgemeinen **Gesundheitszustandes** dürfen die Ziffern der Krankenkassen nicht maßgebend sein, da die Arbeiter sich in Zeiten der Hochkonjunktur wie jetzt nicht gern krank melden. Nach den von Dr. Thiele in Chemnitz über den Gesundheitszustand der Schulkinder angestellten Untersuchungen muß man annehmen, daß es mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung doch nicht so günstig bestellt ist. Von den untersuchten Schulkindern hatten im Jahre 1916 95,1 % einen genügenden Ernährungszustand; im Jahre 1917 nur noch 91,3 %. Dr. Thiele hat zwar eine allgemeine Zunahme der Krankheitsfälle nicht beobachten können, wohl aber eine solche von Blutarmut und Tuberkulose unter den Schulanfängern, bei Blutarmut von 22,48 % auf 28,50 % und bei Tuberkulose von 1,07 % auf 2,35 % im Jahre 1917, bei den Konfirmanden von 21,74 % auf 31,20 %; bezw. von 1,51 % auf 4,90 %. Angesichts dieser Zustände, die wohl in allen Großstädten ähnlich liegen, dürfte es sich empfehlen, die Unterbringung der Stadtkinder auf dem Lande weiter auszubauen, da mit dieser Maßnahme im allgemeinen gute Erfahrungen gemacht sind. Fast alle diese Kinder haben an Gewicht ganz erheblich zugenommen. Gewichtszunahmen von 10 Pfund sind eigentlich etwas ganz Normales und nicht selten sind solche bis zu 20 Pfund beobachtet. Mit Recht wird deshalb durch den Min.-Erlaß vom 31. Dezember 1917 empfohlen, diesmal auch Kinder des Mittelstandes auf das Land zu schicken.

Sehr bedenklich ist die Zunahme der Todesfälle an **Tuberkulose,** die von 1913—1917 eine Steigerung um 50 % aufweist. Die Ursache dieser Zunahme liegt in erster Linie wohl zweifellos in den Ernährungsschwierigkeiten. Dann kommt hinzu, daß bei der guten Verdienstmöglichkeit und bei der Verdienstnotwendigkeit die Tuberkulösen arbeiten, solange sie irgend arbeiten können. Auch die Zunahme der gewerblichen Arbeit der Frau bedingt eine vermehrte Tuberkulosesterblichkeit. Dr. Ulrici-Charlottenburg behauptet allerdings, daß es sich nicht um eine Zunahme der Erkrankungen an Tuberkulose, sondern lediglich um eine solche der Sterbefälle handelt, was an sich nicht so gefährlich sei. Immerhin haben wir alle Ursache, dieser Frage unsere größte Aufmerksamkeit zu widmen. Vor allem gilt es, die Tuberkulose rechtzeitig zu erkennen und zur Ausheilung zu bringen. Zur Erreichung dieses Zieles ist ein weiterer Ausbau aller Tuberkulosefürsorgeeinrichtungen notwendig. Die dazu in den Etat neu eingestellten 150 000 M. sind gewiß dankbar zu begrüßen; aber sie bedeuten doch nur einen Tropfen auf den heißen Stein, sie reichen kaum für die erforderliche Aufklärung. Alle Gemeinden, auch die kleinsten Gemeinden müssen in die Lage versetzt werden, Tuberkulosefürsorgestellen und Tuberkuloseheime zu schaffen; die Mittel, die sie dafür ausgegeben, werden sich reichlich verzinsen. Aermeren Gemeinden, die nicht in der Lage sind, aus sich heraus die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, muß der Staat reichliche Beihilfen gewähren, damit wirklich auf der ganzen Linie der Kampf gegen die Tuberkulose aufgenommen werden kann. Alle Mittel zur Bekämpfung der Tuberku-

lose werden jedoch vergeblich aufgewendet, solange es nicht gelingt, die soziale Lage der Bevölkerung zu heben und vor allem das Wohnungselend zu beseitigen; denn daß die Wohnungszustände in innigem Zusammenhang mit der Zahl der Erkrankungen an Tuberkulose stehen, darüber dürften heute keine Zweifel mehr herrschen. Die Regierung sollte deshalb die Gemeinden veranlassen, die Zustände auf dem Gebiete des Wohnungswesens zu bessern. Sehr beachtenswert sind die kürzlich von Herrn Direktor Dr. Becker, dem Leiter der Charlottenburger Fürsorgestelle gemachten Vorschläge zur planmäßigen Bekämpfung der Tuberkulose:

1. Die Errichtung von Tuberkulose- bezw. Gesundheitsämtern in allen größeren Städten und in allen Kreisen, 2. Gründung einer Zentralstelle zur Bekämpfung der Tuberkulose bezw. der Volksseuchen für das Reich oder für für jeden Bundesstaat, 3. Bau von Tuberkuloseheimen, zunächst für jede Provinz, 4. Erlaß strengerer gesetzlicher Bestimmungen, Schaffung eines Tuberkulosegesetzes.

In ganz ähnlicher Richtung bewegen sich auch die vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose veröffentlichten Leitsätze über den Ausbau des Fürsorgestellenwesens zur Bekämpfung der Tuberkulose, auf die der Herr Reichskanzler von Bethmann Hollweg in seinem Erlaß vom 13. März vorigen Jahres hingewiesen hat. Notwendig ist jedoch, daß Maßnahmen der Fürsorgestellen niemals den Charakter der öffentlichen Armenunterstützung tragen dürfen.

Besonders gefährdet durch die Tuberkulose sind die Säuglinge und die Kinder. Prof. Dr. Umber hat bei seinen Untersuchungen festgestellt, daß von den Säuglingen im 1. bis 3. Monat keiner, von den Säuglingen im 3. bis 12. Monat dagegen 5 %, von den Kindern im 2. Lebensjahr 12 %, im 3. und 4. Lebensjahre 32 %, im 5. und 6. Lebensjahre 33 %, im 7. bis 10. Lebensjahre 47 % und im 11. bis 14. Lebensjahre 56 % an Tuberkulose erkrankt waren. Er kommt weiter auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schluß, daß mit der Verschlechterung der sozialen Lage, wie sie der Krieg mit sich gebracht hat, auch die Zahl der Tuberkuloseinfektionen und Tuberkulosetodesfälle unter den Kindern zugenommen habe. Es sei vor allem die latente Infektion, die gegenüber den klinisch manifesten Tuberkulosen unter den Kindern bis zum 6. Lebensjahre einen relativen Zuwachs erfahren hätte.

Diese Zahlen und diese Untersuchungen zeigen, wie notwendig es ist, den Kampf nicht nur gegen die Tuberkulose, sondern auch gegen die **Säuglingssterblichkeit** zu führen. Es ist deshalb erfreulich, daß die Regierung 500000 M. als Beihilfe zur Säuglingsfürsorge in den Etat eingestellt hat. Der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit darf aber nicht erst einsetzen, wenn das Kind zur Welt gekommen ist, sondern er muß bereits vor der Geburt des Kindes beginnen. In dieser Beziehung beweist die Wirkung der Reichswochenhilfe, daß mit der Zunahme der Stilltätigkeit die Sterblichkeit der Säuglinge abgenommen hat. Aus einer Umfrage, die die Krankenkassen Groß-Berlins veranstalteten, und die der Direktor Dr. Kohn veröffentlicht hat, geht hervor, daß auch in Berlin die Bruststillung verbunden mit einer sachgemäßen Säuglingsfürsorge sich als das wirksamste Mittel gegen die Säuglingssterblichkeit bewährt hat. Es wird dadurch von neuem bewiesen, wie notwendig die Gewährung von Stillgeldern ist. In Berlin ist die Säuglingssterblichkeit von 15,61 % im Jahre 1914 auf 15 % im Jahre 1915 und auf 12,85 % im Jahre 1916 gesunken. Das ist ein Ergebnis, das uns nötigt, dafür mit allen Mitteln einzutreten, daß die Reichswochenhilfe, die vorläufig nur als Kriegsmaßnahme gedacht ist, nicht verschwindet, sondern dauernd Gesetzeskraft erlangt. Auch der Herr Minister steht grundsätzlich auf dem Standpunkt, daß vom Reiche die Reichswochenhilfe nach dem Kriege weiter gewährt werden muß. Notwendig ist es auch, sich der unehelichen Mütter anzunehmen. Leider haben wir noch mit dem Vorurteil zu kämpfen, daß die uneheliche Mutter nicht als werdende Mutter betrachtet wird, sondern daß man ihr ihren vermeintlichen Fehltritt gar nicht genug vorhalten kann. Das Vorurteil muß vollkommen ausscheiden; denn es handelt sich in erster Linie darum, den jugendlichen Nachwuchs am Leben zu erhalten. Da kann es gleichgültig sein, ob es eheliche oder uneheliche Kinder sind. Den unehelichen Kindern muß man genau dieselbe, eigentlich noch eine viel größere Fürsorge angedeihen lassen, als den

ehelichen. In dieser Beziehung bleibt allerdings noch manches zu tun übrig. Vor dem Kriege wurden in Deutschland jährlich 200000 Kinder außerehelich geboren, d. h. jedes zehnte Kind. Von 1000 unehelichen Kindern erreichten aber nur 136 das 19. Lebensjahr gegenüber 512 ehelichen Kindern. Daraus ergibt sich, welcher Raubbau bisher an unserm wertvollsten Volksvermögen getrieben worden ist Die Frage der Einführung des einheitlichen Geburtsscheines steht in Verbindung mit der Frage der Bekämpfung des Geburtenrückganges, soweit es sich um unehelich geborene Kinder handelt. Gerade heute, wo so viele Väter, die den ernsten Willen hatten, durch nachfolgende Ehe mit der ledigen Mutter ihre Kinder zu legitimieren, in Feindesland ruhen, ist es doppelt und dreifach Pflicht, den einheitlichen Geburtsschein einzuführen und damit den Makel der unehelichen Geburt völlig zu beseitigen.

Die gestellten Forderungen, die sich im wesentlichen mit den von anderen Seiten vorgetragenen Forderungen decken, sind lediglich aus sozialhygienischen Gründen gestellt. Alle Versuche, das große Problem der Bevölkerungspolitik zu lösen, werden fruchtlos sein, solange es uns nicht gelingt, der Sterblichkeit Einhalt zu gebieten und die Volksseuchen einzudämmen, insbesondere den Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit und weiter den Kampf gegen die Tuberkulose, Alkoholismus und Geschlechtskrankheiten zu einem siegreichen Ende zu führen. Mehr als bisher haben wir jetzt während des Krieges und nach dem Kriege die Pflicht, alles zu tun, was zu diesem Ziele führt, und vor keinem Opfer zurückzuscheuen, um das Volk gesund zu halten. Erste Voraussetzung dafür ist die Hebung der sozialen Lage des Volkes und in Verbindung damit nicht zuletzt die Beseitigung des Wohnungselends. Wer an der Erreichung dieses Zieles mitarbeitet, leistet vaterländische Arbeit im besten Sinne des Wortes, und zu dieser Arbeit sollten wir uns alle ohne Unterschied der Partei auf gemeinsamem Boden zusammenfinden. (Bravo! bei den Sozialdemokraten.)

Minister des Innern Dr. **Drews** macht zunächst folgende allgemeine Ausführungen über die Stellung des Staates und der Medizinalverwaltung im besonderen zu der Frage, wie sie sich zur Entdeckung und **Einführung neuer Heilmittel** verhalten soll: Die Aufgabe des Arztes ist außerordentlich schwierig und verantwortungsvoll. Er geht mit den Mitteln, die er anordnet, die er zur Bekämpfung der Krankheiten, die ihm vorkommen, verordnet, auf einem schmalen Grat zwischen Tod und Leben. Vieles von dem, was er als Heilmittel verordnet, ist Gift in der Hand des Unkundigen; es bedarf der genauesten und sorgfältigsten Bemessung der Dosierung, der Quantität der Mittel, und der sorgfältigsten Behandlung, die mit der Verabreichung der Mittel verbunden sein muß, damit aus der Verabfolgung von Giften ein Heilerfolg erzielt werden kann. Wenn Sie auf die Geschichte der Syphilisbekämpfung und die Einführung der Quecksilberbehandlung, die lange, ich glaube Jahrhunderte, zurückliegt, zurücksehen, ist die Sache ebenso gewesen wie jetzt. Ein Gift wurde dem Körper einverleibt; es hat zweifellos damals in manchen Fällen schwere Schäden angerichtet, weil man noch nicht so weit war, daß man die richtige Dosierung und Behandlung gekannt hat. Bei allen anderen Heilmitteln, die Gifte im Sinne der Wissenschaft sind, ist der Hergang ähnlich gewesen, so bei Anwendung von Atropin, Digitalis, Belladonna, Morphium, Kokain usw.; auch die moderne Serumbehandlung schlägt in dasselbe Feld ein. Wir haben zu Beginn oft von störenden Erscheinungen gehört. Es wurde auch über Todesfälle geklagt, und es hat erst der klärenden Arbeit der Wissenschaft und der Praxis bedurft, um die Bedingungen kennen zu lernen, unter denen das Gift als Heilmittel wirkt. Bei allen diesen Giften, die als Heilmittel verwendet werden, hat sich auch die Erscheinung gezeigt, daß nach ihrem Bekanntwerden zunächst absolute und vollkommene Erfolge erwartet wurden. In der Folge hat sich meist herausgestellt, daß diese einseitigen Hoffnungen nicht berechtigt waren, daß die absolute Sicherheit des Heilmittels immer noch zu wünschen ließ, und daß es oft geboten erschien, die Anwendung dieses Mittels mit anderen Heilmitteln zu kombinieren. Wir haben nun in Deutschland seit langer Zeit durchweg den Grundsatz befolgt, daß die Entdeckung neuer Heilmittel und die Erprobung der neuen Heilmittel, die Ausfindigmachung der nötigen Beschränkungen in den Dosen, die zu verabreichen sind, die Feststellung derjenigen Modalitäten, die bei der

Behandlung mit diesen neuen Mitteln innezuhalten sind, der Wissenschaft und der Praxis unserer Aerzte und — wie ich besonders betonen möchte — der Gewissenhaftigkeit unserer Aerzte, überlassen blieb. Und, m. H., die deutsche Medizin, die auf eine ruhmreiche Geschichte zurückblicken und auf die Stellung, die sie in der Welt hat, stolz sein kann — ich will nicht die glänzenden Namen nennen, die allein in den letzten Jahrzehnten aufgetaucht sind —, ist nach meiner Ueberzeugung bei dieser Art und Weise gut gefahren. Zu einem staatlichen Eingriff liegt eine Notwendigkeit für die Medizinalverwaltung meiner Ansicht nach nur dann vor, wenn die Praxis, d. h. wenn die Ueberzeugung unserer Aerzteschaft, die das Mittel täglich anwendet, feststellt, daß hier eine öffentliche Gefahr vorliegt und deshalb mit der Polizeigewalt des Staates eingeschritten werden muß. Insbesondere tritt der Staat noch in dem Falle in Aktion, wenn es gilt, die Maximaldosis eines Mittels festzusetzen, nicht etwa mit der Bedeutung — das möchte ich betonen —, daß der Arzt diese Maximaldosis unter keinen Umständen überschreiten darf, sondern nur mit der Bedeutung, daß diese Dosis diejenige ist, die der Arzt in der Regel verordnen darf, ohne sich besondere Gewissensbisse darüber machen zu müssen, ob die Dosis nicht etwa zu stark ist. Jeder Arzt ist berechtigt, bei Maximaldosen eine höhere Dosis als die Maximaldosis zu verordnen, und der Apotheker muß auf ein auf das Rezept gesetztes bestimmtes Zeichen diese erhöhte Maximaldosis dem Mittel einverleiben. In diesem Falle hat dann der Arzt eine ganz besondere Verantwortung dafür, daß er den Krankheitsfall sorgfältig geprüft hat, ob und warum eine Ueberschreitung der sogenannten Maximaldosis angezeigt ist.

Das, m. H., ist die allgemeine Praxis, die meiner Meinung nach auch auch auf das neue Heilmittel Anwendung zu finden hat, das seit einer Reihe von Jahren in den Kreis der Heilmittel, inbesondere gegen die Syphilis, eingetreten ist, auf das Salvarsan. Sie sehen beim Salvarsan genau dieselbe Erscheinung wie bei anderen Heilmitteln. Es ist vielleicht zuzugeben, daß auch an dieses Heilmittel zuerst überschwengliche Hoffnungen geknüpft wurden: man glaubte, mit einer oder mehreren Salvarsaneinspritzungen die Syphilis endgültig beseitigen zu können. Aus den zahlreichen Schriften und Ausführungen über Salvarsan, die ja allen Interessenten zugänglich geworden sind, geht hervor, daß man davon abgekommen ist. Es wird eine Mehrheit von Einspritzungen für notwendig gehalten, es wird eine Kombination mit Quecksilberbehandlung für zweckmäßig erachtet. Dasselbe Bild wie bei anderen Heilmitteln! Es wurde auch beim Salvarsan ebenso wie bei anderen giftigen Heilmitteln sehr bald nach dem Auftauchen Klage geführt über Schädigungen an der Gesundheit, ja, sogar über Todesfälle. Auch hier hat sofort die Diskussion der Aerzteschaft sich der Sache angenommen, und der lebhafte Streit, der über das Salvarsan entbrannt ist, zeigt Ihnen, daß die klärende und reinigende Diskussion, die die deutsche Aerzteschaft über jedes Heilmittel, das neu eingeführt wird und Beachtung gewinnt, sofort eröffnet, hier kräftig und dauernd am Werke ist. Es wurden in einer ganzen Anzahl von Fällen die Gründe der Schädigung näher untersucht. Teilweise wurde die Salvarsanschädigung auch von den Aerzten, die das Salvarsan anwenden, zugegeben; teilweise wurde sie bestritten. Eine ganz klare nachträgliche Feststellung jeden einzelnen Falles dürfte außerordentlich schwierig und kaum möglich sein. Auch über die Todesfälle wurde lebhaft hin und her gestritten. Es wurde gemeint, daß in einzelnen Fällen nicht das Salvarsan, sondern die Syphilis oder andere Gründe schuld seien. In einzelnen Fällen ist der Tod auch von denen, die für Salvarsan waren, auf dieses zurückgeführt worden. Ich möchte aber nochmals betonen, daß solche Fälle der Gesundheitsschädigung und auch Todesfälle als Folge eines giftigen Heilmittels stets vorgekommen sind, wenn ein neues giftiges Heilmittel eingeführt wurde. . . . .

Als sich nun bei der öffentlichen Diskussion in der Aerzteschaft die Streitfragen über das Salvarsan und seine Folgeerscheinungen häuften, hat im Laufe des vorigen Jahres auf Veranlassung des Ministeriums des Innern eine neue Erhebung über Salvarsanbehandlung stattgefunden. Wir haben an sämtliche Universitätsinstitute, sämtliche großen Krankenhäuser und sämtliche Spezialärzte eine Anfrage gerichtet und sie gebeten, bezüglich aller Fälle, in denen sie seit der Einführung des Salvarsans überhaupt eine Salvarsan-

behandlung hätten eintreten lassen, uns Mitteilungen zu machen über die Folgen, insbesondere über Todesfälle und über Schädigungen, die durch das Salvarsan eingetreten seien. Die Statistik wird angegriffen; sie sei nicht eine geeignete Grundlage, um eine Entscheidung zu treffen. Ich möchte in diesem Punkt allerdings anderer Ansicht sein. Wir haben uns an diejenigen Stellen gewandt, wo das Salvarsan tatsächlich zur Anwendung kommt, wo also ein einzelner Salvarsanfall sozusagen zur Existenz gelangt. In der ganz überwiegenden Anzahl der Fälle bleiben die Patienten — es handelt sich um ein Mittel, das erst wenige Jahre angewendet wird — in Verbindung mit dem Arzte, den Stellen und den Instituten, die das Salvarsan angewendet haben. Ich gebe vollkommen zu, daß es sehr wohl möglich ist, daß einzelne mit Salvarsan Behandelte von dem Arzte oder von dem Institut abgehen und dann, weil sie nachher Krankheitserscheinungen haben, die sie sich nicht erklären können, zu anderen Aerzten gehen, und daß dann der andere Arzt zu der Ueberzeugung kommen kann, daß hier Nachwirkungen des Salvarsans vorliegen. Wir hätten dazu eine Umfrage an unsere gesamte deutsche Aerzteschaft — cinige 30000, von denen 24000, glaube ich, im Felde stehen — machen müssen: im Kriege ein unmögliches Verfahren. Wenn wir uns zunächst an diejenigen gewendet haben, die das Salvarsan tatsächlich im einzelnen Falle angewendet haben, so ist das meiner Meinung nach der durchaus richtige Weg. Diese Berichte sind eingelaufen, etwa 500 Aerzte, einschließlich großer Institute, haben sich zu der Sache geäußert. Ich stehe der Salvarsansache als Nichtmediziner, infolgedessen als Nichtparteimann, vollständig neutral gegenüber. Aber nach dem, was in diesen Berichten steht, liegt die Sache für mich als verantwortlicher Leiter der Medizinalverwaltung so, daß ich zurzeit ein Eingreifen des Staates in die natürliche und dem bisherigen Gang der Ereignisse entsprechende Entwicklung nicht für angebracht halten kann. Von den 500 Aerzten haben sich direkt gegen das Salvarsan ausgesprochen, ich glaube, etwa 8, und eine kleinere Anzahl hat seine Entscheidung über die Zweckmäßigkeit des Salvarsans offen gelassen; die übrigen — es sind im ganzen 1,2 Millionen Salvarsaneinspritzungen gemacht worden an etwas über 200000 Kranken —, die weit über eine Million Salvarsaneinspritzungen gemacht haben, die den ganz überwiegenden Teil der Kranken behandelt haben, insbesondere unsere großen Universitätsinstitute und großen Krankenhäuser, haben sich sämtlich dahin ausgesprochen, daß das Salvarsan ihrer Meinung nach als eine Bereicherung unseres Heilmittelschatzes von großer Bedeutung sei. Sie haben allerdings gesagt: auch dieses Mittel muß selbstverständlich vorsichtig und richtig angewendet werden, Kombinationen mit Quecksilberkuren seien angezeigt; insbesondere müsse auch bei der Injektion große Vorsicht walten; intramuskuläre Injektionen führten sehr leicht zu Geschwülsten und anderen üblen Nebenerscheinungen, die intravenöse Injektion habe sich als das einzig Richtige herausgestellt. M. H., wenn gerade die Leiter dieser großen Institute unserer Universitäten und Krankenhäuser, die das allergrößte Material haben, sich so über ein Heilmittel aussprechen, dann kann man meiner Meinung nach sagen: auch dieses Mittel soll bezüglich seiner weiteren Prüfung lediglich dem bewährten Forum der freien ärztlichen Wissenschaft und Praxis unterliegen, dem bisher alle ähnlichen Mittel unterlegen haben. Ich kann mir überhaupt nicht recht denken, daß eine eingesetzte Kommission von sechs Leuten ein unfehlbares und sicheres Urteil über ein solches Mittel fällen kann. Man kann meiner Meinung nach zu einem sicheren Urteil über ein solches Mittel nur kommen, wenn man das ungeheure Material von über einer Million Einspritzungen richtig übersehen und im einzelnen Falle auch richtig bewerten kann; und das kann immer nur geschehen in der Diskussion unserer gesamten Aerzteschaft, wie das bisher zum Heile unserer gesamten Medizin geschehen ist. Die sechs Leute, die eingesetzt werden, wer sie auch sein mögen: unfehlbar sind sie nicht, und viele heilsame Mittel und Wege in der Behandlung unserer Kranken würden, wenn sie zunächst vor dem Forum von sechs Leuten beraten würden, in die Gefahr geraten, verurteilt und abgeschoben zu werden. Das wäre höchst bedauerlich.

Nun betrachte ich nach diesem Ergebnis der jetzigen Umfrage die Diskussion über das Salvarsan in keiner Weise als abgeschlossen. Ich werde das Ergebnis der Umfrage zusammenstellen lassen, und es wird der Oeffentlichkeit

unterbreitet werden, und hier wird dann meiner Meinung nach, wie es bisher auch immer gewesen ist, die Diskussion unserer Aerzteschaft einsetzen müssen; und die Gegner werden auch in dieser Diskussion auf das allerfreieste zu Worte kommen. Es ist darüber geklagt worden, medizinische Zeitschriften verschlössen sich grundsätzlich Salvarsangegnern. Ja, m. H., ich habe auf die Leitung der medizinischen Zeitschriften keinen Einfluß und will ihn auch nicht haben; denn es würde sonst sofort heißen: Aha, jetzt hat die Regierung die Sache am Bändel und knebelt in irgendeiner Weise die freie Meinungsäußerung. Das geht nicht, die Wissenschaft muß grundsätzlich und tatsächliich frei sein. Es mag sein — ich habe kein Urteil darüber —, daß gewisse Fachzeitschriften sich der Aufnahme von Artikeln der Gegner verschließen, die andere Theorien verfolgen, als die Leitung der Zeitschrift für richtig hält; aber immerhin möchte ich doch betonen, die Salvarsangegner sind bisher in der Oeffentlichkeit ziemlich ausführlich zu Worte gekommen (sehr richtig), und daß sie auch viel Gehör gefunden haben, zeigt sich in der lebhaften Anteilnahme, die diese Frage in Nichtmedizinerkreisen, zu denen doch der größte Teil des hohen Hauses gehört, findet. Wie gesagt, die Diskussion geht weiter, wird weiter gehen und muß weiter gehen, und es ist ganz selbstverständlich, daß wir, wenn uns Fälle mitgeteilt werden, die gegen das Salvarsan sprechen, also insbesondere Todesfälle, auch unsererseits die Sache weiter verfolgen und, soweit es in unseren Mitteln steht und wir in der Lage sind, zur Klärung dieser Dinge beitragen werden. Das ist ganz zweifellos.

Eine weitere Frage scheint mir auch langsam einer Möglichkeit der Entscheidung und des staatlichen Eingreifens entgegenzugehen, das ist die Frage der Maximaldosen für Salvarsan in dem Sinne, wie ich das vorhin gesagt habe, daß eine Maximaldose festgesetzt wird, die ohne besondere Prüfung nicht überschritten werden darf. Man muß mit der Festsetzung von Maximaldosen auch warten und vorsichtig sein, bis sich die Ansichten genauer geklärt haben. Das ist so bei allen Festsetzungen von Maximaldosen gewesen. Jetzt werden wir auf Grund der Erfahrungen, die mit dem Salvarsan gemacht worden sind, auch dahin kommen können, der Festsetzung einer Maximaldose näherzutreten. Ich werde eine Anzahl von Sachverständigen berufen lassen und bin durchaus bereit, unter den Sachverständigen auch Herren zu berufen, die dem Salvarsan nicht freundlich gegenüberstehen, um sie über die Frage der Festsetzung von Maximaldosen in Beratung treten zu lassen. Auch bei dieser Gelegenheit wird der Standpunkt derer, die sich dem Salvarsan gegenüber ablehnend verhalten, entsprechend zu Worte zu kommen. Das, was ich nicht haben möchte und nicht machen kann, ist die Einsetzung gewissermaßen eines Gerichtshofes, der nun abschließend über die Zukunft des Salvarsans entscheiden soll. Wenn Sie daher nicht einfach zur Tagesordnung über den Antrag übergehen wollen, trotzdem ich das an und für sich für gerechfertigt halten würde, aus dem Gesichtspunkt heraus, daß man sagt, unsere medizinische Wissenschaft und unsere Aerzteschaft wird schon dafür sorgen, daß in dem Streit der Meinungen das Richtige herauskommt, so stelle ich anheim, ob Sie die Petition als Material oder zur Erwägung überweisen wollen. Nur möchte ich bitten, nicht „zur Berücksichtigung"; denn wenn Herr Hirsch auch erklärt hat: wir nehmen gegen das Salvarsan als solches damit nicht Partei, so wird, wie die Dinge sich zugespitzt haben, eine derartige Beschlußfassung des preußischen Abgeordnetenhauses außerordentlich leicht in der Oeffentlichkeit ausgelegt werden als eine materielle Stellungnahme gegen das Salvarsan überhaupt, und damit würden Sie tatsächlich in dieser Frage nach außen hin sich den Anschein geben, daß Sie sachlich entscheiden wollten, während wir alle doch übereinstimmen, daß das Abgeordnetenhaus sachlich nicht zuständig ist. Wie gesagt, wenn Sie Ihr Interesse für die Sache, und den Wunsch, daß die Diskussion und die Prüfung weiter gehen soll, betätigen wollen, so würde ich persönlich gegen Ueberweisung als Material oder zur Erwägung kein ausschlaggebendes Bedenken haben.

Nun noch eine kurze Bemerkung über den Preis des Salvarsans. Der Preis des Salvarsans ist hoch, das ist richtig; es hat in letzter Zeit aber eine erhebliche Herabsetzung des Preises stattgefunden, und ich kann sagen, daß sie stattgefunden hat auf Anregung meines Nachbarn zur Rechten, des Herrn Ministerialdirektors Kirchner. Die Höchster Farbwerke haben die

Sachlage durchaus eingesehen und sind auf die Herabsetzung, die den Krankenkassen und den Armenverbänden noch in erhöhtem Maße zugute kommt, bereitwillig eingegangen. Es ist mit dem Preis von derartigen Mitteln ein eigenes Ding. Einmal muß man sich klar darüber sein, daß die Erfindung derartiger neuer Mittel, die ein sehr kompliziertes chemisches Verfahren erfordern, für deren Herstellung ein großer Apparat notwendig ist, für die aber doch mehr die Kosten der Vorversuche ganz außerordentlich hohe sind, zur Folge hat, daß auch hohe Preise gezahlt werden müssen. Es ist klar, daß diese außerordentlich hohen Kosten, die für die Vorbereitung und erste Einrichtung aufzuwenden sind, nur von kapitalkräftigen Leuten aufgebracht werden können, und das ist in der Hauptsache unsere chemische Großindustrie. Unsere Industrie hat aber ein Interesse daran, Kapitalien in derartige Versuche hineinzustecken nur dann, wenn auch ein höherer Gewinn in Aussicht steht. Man würde, wenn man von vornherein den Preis der Mittel soweit heruntersetzen würde, daß die Herstellung nicht einen wirklich hohen Gewinn abwirft, der das große Risiko deckt, das die Fabriken bei Einführung neuer Mittel haben, die noch nicht zur praktischen Anwendung gekommen *sind*, nur erreichen, daß unsere Industrie, die nötig ist, um derartige Mittel herzustellen, das Interesse daran verliert. Was wir mit unsern chemischen Heilmitteln, die unsere große chemische Industrie hergestellt hat, auf dem Weltmarkt für einen Geldverdienst haben, der uns Deutschen zugute kommt, darüber sind wir uns klar. Es wird sich daher nur darum handeln können, Uebertreibungen zu verhüten, und da wird die Medizinalverwaltung auch gern mitwirken. Bei dem Verständnis, unsere große chemische Industrie speziell in diesem Einzelfall gezeigt hat, glaube ich; daß wir auch in Zukunft Erfolg haben werden und daß es gelingen wird, alle übermäßigen Forderungen abzuschwächen. Soviel über das Salvarsan.

Ich möchte nun noch auf einige andere Fragen, die in der Diskussion berührt worden sind, eingehen. Ich habe in der Kommission über den Gesundheitszustand im allgemeinen kurz gesprochen. Die Folgerungen, die ich dort gezogen habe, gründeten sich auf die Sterblichkeitsziffern, die ja aber in weitem Umfange immer einen Rückschluß auf den Stand der Gesundheit im allgemeinen nicht zulassen. Eine genaue Statistik der Erkrankungen haben wir nicht, sich allein auf die Zahlen der Krankenkassen zu verlassen, würde meiner Meinung nach ein richtiges Bild nicht geben. Der Gesundheitszustand ist selbstverständlich beeinflußt worden durch die Einschränkung, die wir uns in unserer Ernährung haben auferlegen müssen. Aber es ist doch erfreulich, zu konstatieren, daß nach den Berichten, die uns aus allen Teilen des Staates vorliegen und die einen ganz guten Ueberblick über den allgemeinen Stand geben, unsere Jugend und die im kräftigen Mannes- und Frauenalter stehenden Kreise unseres Volkes im großen und ganzen weit weniger beeinflußt worden sind durch die ungünstige Ernährung, als man früher im Frieden befürchtet haben würde, wenn man gewußt hätte, wie sehr wir uns in unserer Brotration und in andern Nahrungsmitteln würden einschränken müssen. Tatsache ist lediglich, daß die älteren Leute mit jedem Jahre des Krieges schwerer unter der mangelhaften Ernährung leiden. In der ersten Zeit waren es die Leute über 70 Jahre, bei denen sich besonders große Sterblichkeit zeigte. Dann ist mit jedem Jahre diese Grenze der Leute, die besonders durch die Ernährung in ihrer Körperkonstitution geschwächt werden und infolgedessen stärker der Sterblichkeit unterliegen, um 8 bis 10 Jahre zurückgegangen. Die Erscheinung ist bedauerlich, aber verständlich, denn ein älterer Körper kann sich schwerer umstellen auf die neue Ernährung, wie ein jüngerer, der sich leichter in die neuen Verhältnisse hineinführen kann. Zweitens ist die Sterblichkeit im wesentlichen gestiegen bei denjenigen Leuten, die anfällig waren, insbesondere bei den Leuten, die bereits an einer ansteckenden und zehrenden Krankheit gelitten haben. Das ist besonders die Tuberkulose, die ja wohl die gefährlichste Volkskrankheit ist, die wir überhaupt haben. Da ist — das ist aus den Zahlen klar zu ersehen — die Widerstandsfähigkeit durch die schwache Ernährung derartig herabgesetzt worden, daß hier eine gewaltige Sterblichkeit eingetreten ist. Sichere Zahlen darüber, ob die Erkrankungen an Tuberkulose zugenommen haben, können wir leider nicht geben. Wir können nur

eine Tuberkulosestatistik führen genau über die Sterbefälle. Wir könnten vielleicht noch eine zu führen suchen über diejenigen Fälle, die in ärztlicher Behandlung sind. Aber gerade bei der Tuberkulose sind ja die Anfänge meistenteils derartig zarte und unter der Oberfläche liegende, daß der Uebergang in die ärztliche Behandlung leider in sehr vielen Fällen zu spät kommt. Wir können da also keine genauen Zahlen geben. Die Tuberkulose bleibt überhaupt eins der schwierigsten Kapitel für die Medizinalverwaltung auch in der Zukunft. Die 150000 Mark, die zur Bekämpfung der Tuberkulose eingesetzt sind, kann ich auch nur als einen Anfang zu weiteren Maßnahmen betrachten. Daß wir zu weiteren Maßnahmen kommen müssen, das ist mir ganz klar. Ich kann im großen und ganzen den Ideen, die der Herr Abg. Hirsch über diesen Punkt entwickelt hat, nur zustimmen. Ein ausgebreitetes Netz von Fürsorgestationen ist unbedingt notwendig, wenn wir der Tuberkulose zu Leibe rücken wollen. Ich lege immer ein ganz besonderes Gewicht darauf, daß bei den Fürsorgestellen auch Fürsorgeschwestern — oder wie man die Persönlichkeiten nennen will — da sind, die in der Bevölkerung Vertrauen genießen, die in die einzelnen Häuser hineinkommen, die bei diesen Besuchen aufmerksam werden und aufmerksam machen auf die Fälle beginnender Erkrankungen, in denen noch am meisten geholfen werden kann. Es besteht in unserer Bevölkerung zum großen Teile ja eine Abneigung, an amtliche Fürsorgestellen hinzugehen; sie glauben: sie kommen unter amtliche Kontrolle, und das ist ihnen unangenehm. Diese Fürsorgeschwestern können meiner Meinung nach nicht nur auf dem Gebiete der Tuberkulose, sondern auf allen anderen Gebieten unserer Gesundheits- und Wohlfahrtspflege höchst segensreich wirken (Sehr richtig!), auf dem Gebiet der Säuglingsfürsorge, auf dem Gebiet der Trinkerfürsorge; auf dem Gebiet der allgemeinen Hygiene, bei den Wohnungseinrichtungen usw. Da wird immer eine Schwester, die das Vertrauen der Bevölkerung genießt, die von Mund zu Mund, von Herz zu Herz zu sprechen vermag, den allergrößten Segen stiften. Ich stimme auch damit ganz überein, daß diese Maßnahmen gesundheitlicher Wohlfahrtspflege unter keinen Umständen den Charakter von Armenmaßregeln bekommen dürfen. Denn dann halten sich große Teile der Bevölkerung, denen ein innerer und schöner Stolz innewohnt, daß sie nicht unter die Armenpflege fallen wollen, von diesen Sachen fern. Die Wohlfahrt muß von einem Glorienschein umwoben sein und darf nicht das drückende Gefühl zeitigen, daß man hier in die Armenpflege kommt, die außerdem auch noch öffentlich-rechtliche Nachteile in mancher Beziehung zur Folge hat. (Sehr richtig!)

Daß die Tuberkulosefrage gerade nach dem Kriege noch besonders ernst und schwer werden wird wegen ihrer Verbindung mit der **Wohnungsfrage**, darüber sind wir uns wohl alle klar. Wir werden nach dem Kriege die größte Mühe haben, die Wohnungsfrage während der nächsten Jahre einigermaßen auf dem Laufenden zu erhalten. Ich fürchte, eine Verbesserung unserer Wohnungsverhältnisse unmittelbar nach dem Frieden wird in gesundheitlicher Beziehung im großen und ganzen schwer möglich sein. Die Bauverhältnisse sind jetzt derartig schwierig, daß die gesamte Bautätigkeit jetzt ins Stocken geraten ist. Die Materialpreise werden auch in den ersten Zeiten nach dem Kriege derartig hoch sein, daß die Stockung noch in weitem Umfange andauern wird, und es wird eine schwierige Aufgabe aller beteiligten Stellen sein, mit der Herstellung von guten Wohnungen, zu so annehmbaren Preisen, voranzukommen. Wir sind in den verschiedenen Kommissionen der Bevölkerungspolitik am Werke, weitere Wege auf diesem Gebiet zu finden. Auch die Staatsregierung hat eine ganze Anzahl von Maßnahmen vorgeschlagen. Aber das ist ein langes Kapitel für sich, auf das ich hier nicht näher eingehen kann.

Säuglingsfürsorge ist auch eins von den großen Gebieten, das hier berührt worden ist. Wie ich schon in der Kommision gesagt habe, hoffe ich, daß die Reichswochenhilfe im Reich zustandekommen wird. Gerade die Einführung der Reichswochenhilfe, die Fürsorge für die noch nicht geborenen Säuglinge, ist etwas, was ebenso großen Wert hat wie die Fürsorge für die bereits zur Welt gekommenen. Die erschreckende Zahl über die Fälle der Sterblichkeit der unehelichen Kinder hängt zum großen Teil zusammen mit den **Mißständen unseres Haltekinderwesens**. Wie ich bereits in der Kommission

angedeutet habe, wollen wir an eine gesetzliche gleichmäßige **Regelung des Haltekinderwesens** herangehen. Ich beabsichtige, dem hohen Hause hoffentlich bald einen Gesetzentwurf über **Jugendfürsorgeämter** vorzulegen. Diese Jugendfürsorgeämter sollen gebildet werden für unsere Kreiskommunalverbände, in ihnen soll die gesamte Fürsorge für die Jugend, insbesondere für die Säuglinge und für die kleinen. insbesondere für die unehelichen Kinder, konzentriert werden. Wir haben ja eine ganze Menge Bestimmungen, wo zugunsten unehelicher Kinder — oder auch ehelicher Kinder welche von den Eltern unwürdig behandelt werden — eingegriffen werden kann. Es fehlt aber tatsächlich an einer Stelle, die bei der zuständigen Stelle, die meistenteils das Vormundschaftsgericht ist, die Inangriffnahme der Angelegenheit betreibt. Mancher Nachbar, der solche Dinge bemerkt, scheut sich, seinerseits in Scherereien zu kommen, und hält sich leicht davon zurück. Wir wollen nun, daß überall ein Gremium geschaffen wird von Männern und Frauen, die in der Jugendpflege drin stehen, denen die Aufgabe übertragen wird, in jeder Beziehung auf die Fürsorge für unsere heranwachsende Jugend aufzupassen und nötigenfalls auch an zuständigen Stelle einzugreifen, wenn ein Eingriff für notleidende Kinder notwendig ist. Diesen Jugendämtern soll auch die Aufsicht über die Haltekinder in einer gleichmäßigen, noch näher festzustellenden Weise übertragen werden. Ich bin fest überzeugt, daß wir bei einer derartigen allgemein, namentlich auch unter Beteiligung der Frauenwelt durchgeführten Aufsicht über die Haltekinder gute Resultate erzielen werden. Wir haben gesehen, daß sich auf diesem Wege etwas erzielen läßt, als in einigen großen Städten mit Königlicher Polizeiverwaltung besondere Fürsorgedamen angestellt wurden, die im Auftrage der Polizei die Haltekinder ständig zu revidieren haben. Die Resultate für die Haltekinder sind an diesen Orten erheblich besser geworden, und die Furcht vor den Folgen des „Engelmachens" ist in den Kreisen, die dieses schändliche Gewerbe bisher betrieben hatten, doch sehr groß geworden. Mit der Frage der unehelichen Kinder im allgemeinen hängt dann noch zusammen die Frage eines **Geburtsscheines**, die vom Herrn Abg. Hirsch auch erwähnt worden ist. Ueber die Frage, wie man sich zu den unehelichen Müttern stellen soll, gehen die Ansichten auseinander. Ich persönlich bin da anderer Ansicht als Herr Abg. Hirsch. Ich glaube, die Aufrechterhaltung unserer gesellschaftlichen Ethik verlangt es dringend, daß zwischen ehelichen und unehelichen Müttern nun einmal ein Strich gezogen wird. (Sehr richtig!) Aber ich glaube, bezüglich der unehelichen Kinder sind wir doch wohl alle der Auffassung, daß man den unehelichen Kindern, die es schon schwer genug im Leben haben, weil ihnen die sorgende Hand des Elternhauses fehlt, das durch nichts auf der Welt ersetzt werden kann, es im späteren Leben möglichst leicht machen soll, und daß man den äußeren Makel der unehelichen Geburt von ihnen nach Möglichkeit fernhält. Ich habe deshalb vor etwa drei Wochen eine Anordnung ergehen lassen über die Ausstellung von „Geburtsscheinen", die in allen Verhältnissen, wo es nicht auf die Feststellung der Eltern als solcher ankommt, einen genügenden amtlichen Ausweis abgeben sollen. Auf diesem Geburtsschein wird nun vermerkt, daß nach Ausweis des Standesregisters der und der Gemeinde unter Nummer so und so am so und sovielten eingetragen worden ist: es ist geboren worden, sagen wir mal: August Schulze. Diese Geburtsscheine genügen im allgemeinen, wenn es nicht auf die besondere Feststellung der Eltern ankommt, wie z. B. bei Erbschaftssachen oder bei Ansprüchen wegen Waisengeldes und derartigen Dingen. Sie genügen im allgemeinen zur Feststellung, daß der Betreffende als an einem bestimmten Tage und bestimmten Ort geboren in das Standesamtsregister eingetragen ist, und darauf kommt es bei den meisten Beurkundungen über die Geburt an. Die Bezeichnung der Eltern wird weggelassen, so daß die unehelichen Kinder in dieser Beziehung eine erhebliche Erleichterung erfahren. Diese Scheine sind billiger als die vollständigen Geburtsurkunden; sie kosten soviel wie die bisherigen abgekürzten Geburtsurkunden.

Herr Abg. Dr Faßbender hat eine ganze Reihe von Dingen, Säuglingsfürsorge, Tuberkulose usw., in seinen ausführlichen Darlegungen berührt. Besonders möchte ich ihm in den Ausführungen beistimmen, die dahin gingen, daß die Frage unserer Bevölkerungspolitik im wesentlichen mit eine Frage der Erziehung unseres Volkes zu vernünftigen Ansichten ist. Ich bin der Ueber-

zeugung, daß jeder, dem diese Dinge warm am Herzen liegen, die Aufgabe hat, auf alle Persönlichkeiten, mit denen er in Berührung kommt, auch seinerseits erziehlich zu wirken, und ich glaube immer diese erziehliche Wirkung wird weniger durch Bücher und Broschüren, die wir ins Land setzen, ausgeübt, als durch den persönlichen Eindruck von Mensch zu Mensch. (Sehr richtig!) Wenn einer, der sich bisher nicht für diese Fragen interessiert hat, weil er von ihrer Wichtigkeit nichts wußte, empfindet, daß der Mann, den er sonst im Leben schätzt und ernst nimmt, sich mit warmen Herzen dafür interessiert, dann wirkt das gewissermaßen ansteckend, und der erste wird dazu gebracht, sich nicht nur theoretisch mit den Fragen zu beschäftigen, sondern auch seinerseits für die praktische Durchführung zu sorgen und weiterhin so ein Stück Apostolat in diesen großen Fragen zu übernehmen. Darum kann ich nur noch einmal die herzliche Bitte an alle Herren, die hier im Hause sind, richten, daß sie draußen im Lande jeder in seinem Kreise solche Apostel dieser Idee einer gesunden und vernünftigen Bevölkerungspolitik sein mögen.

Herr Dr. Faßbender hat dann die Frage angerührt, ob es nicht zweckmäßig wäre, für die Ernährungsfragen und ihre eingehende Erforschung, insbesondere für die praktische Verwertung in der Verwaltung, eine Zentralstelle zu schaffen, wo derartige Untersuchungen geführt werden. Ein derartiges Bedürfnis erkenne ich an. Gerade während des Krieges hat sich besonders herausgestellt, daß die Verwaltung für ihre Anordnungen spezielle Untersuchungen über den Nährwert, sagen wir einmal, der in der Kleie enthaltenen Bestandteile des Brotkorns und über andere Fragen anstellt. Wir haben jetzt derartige Untersuchungen durch einzelne Gelehrte anstellen lassen, die sich in dankenswerter Weise für diesen Zweck zur Verfügung gestellt und unter persönlichen Opfern oft wochenlang derartige Proben am eigenen Körper gemacht haben. Die Ergebnisse sind uns von allerhöchstem Werte gewesen, und man kann daran denken, daß man, um auch in Zukunft derartige einwandfreie Untersuchungen für die Verwaltung zu bewirken, eine staatliche Stelle zu diesem Zweck ausgestaltet. Es würde dabei insbesondere in Frage kommen — wir haben verschiedene Nahrungsmitteluntersuchungsämter — das Nahrungsmitteluntersuchungsamt, das hier in Berlin beim Polizeipräsidium eingerichtet ist. Augenblicklich dienen die Nahrungsmitteluntersuchungsämter in der Hauptsache nur dazu, um verfälschte Nahrungsersatzmittel festzustellen und für die Strafverfolgung zu sorgen. Wenn wir ein solches Amt dahin ausbauen könnten, daß es eine wissenschaftliche Anstalt wird, die allgemeine Fragen, die für die Verwaltung zur Grundlage von Maßnahmen dienen, sachverständig zu erforschen hat, so würde ich das sehr begrüßen. Ich werde den Gedanken sehr gern weiter verfolgen. Es kostet das natürlich Geld, und ich muß mich in dieser Hinsicht mit dem Herrn Finanzminister in Verbindung setzen.

Herr Abg. Faßbender ist dann noch darauf zu sprechen gekommen, daß in dem Staatshaushalt der Medizinalverwaltung nur 10000 Mark für die **Krebsbekämpfung** eingesetzt sind. Die Krebsbekämpfung ist augenblicklich fast noch ganz Sache der rein wissenschaftlichen Forschung. Wir sind leider noch nicht so weit, daß es sich um die Feststellung von positiven Verwaltungsmaßnahmen handeln kann, durch die die Krebskrankheit wirksam zu bekämpfen wäre. Daraus erklärt sich auch die geringe finanzielle Beteiligung, die wir augenblicklich hinsichtlich der Krebskrankheit in unserem Haushaltsplan haben. Sollte es, wie wir alle hoffen, dazu kommen, daß das Wesen der Krebskrankheit so klar erkannt wird, daß positive Verwaltungsmaßnahmen in größerem Umfange auf Grund von Untersuchungen, die zu diesem Zwecke angestellt werden, getroffen werden können, so werden wir, das kann ich versichern, auch hier mit vollen Kräften einsetzen.

Schon aus den wenigen hier berührten Fragen geht hervor, daß das Gebiet der Gesundheitspflege, das der Medizinalabteilung überwiesen ist, außerordentlich groß ist. Die menschliche Gesellschaft ist gewissermaßen wie ein Wald, der aus einzelnen Pflanzen besteht: der ganze Wald kann nur gedeihen, wenn die einzelnen Pflanzen, die einzelnen Bäume gesund sind; davon hängt am Ende unsere ganze Volkskraft, ihre Betätigung und die Macht und die Entwicklung unserer Wirtschaft und unseres Staates ab. Der Schutz der einzelnen Pflanzen dieses Waldes und ihres Wohlergehens liegt in den Händen der Medizinalverwaltung. Ihre Verantwortung ist

zweifellos sehr groß und schwer; das Personal der Medizinalverwaltung ist demgegenüber eigentlich relativ gering. Die Anzahl der Kreisärzte und die wenigen Regierungs- und Medizinalräte erschwinden gegenüber der riesigen Aufgabe. Ich bin mir deshalb voll bewußt, daß wir diese Aufgabe nur lösen können, wenn wir vertrauensvoll mit der gesamten Aerzteschaft zusammenarbeiten, und ich möchte betonen, daß ich auf diese vertrauensvolle Beziehung zur gesamten Aerzteschaft ausschlaggebendes Gewicht lege. Ohne sie würde all unsere Arbeit vergeblich sein. Ich hoffe zuversichtlich, daß die preußische Aerzteschaft zu der Medizinalverwaltung, die in meinem Ministerium geführt wird, das Vertrauen haben wird, daß sie gern Hand in Hand mit ihr gehen will zum Heil und Segen unseres Landes und Volkes! (Bravo!)

Abg. **Hirsch**-Berlin (Soz.-Dem.) ändert im Einverständnis mit den übrigen Antragstellern den zur Salvarsanfrage gestellten Antrag dahin ab, daß die Petition der Regierung nicht zur Berücksichtigung, sondern zur Erwägung überwiesen werden soll.

Abg. Dr. **Negenborn** (kons.) spricht ebenfalls namens seiner politischen Freunde seine Freude und seinen Dank darüber aus, daß zum ersten Male in den Haushalt die staatliche Summe von 500000 Mark für Säuglingspflege eingestellt worden ist. In dem großen Programm der Bevölkerungspolitik ist die Säuglingspflege eines der wichtigsten Kapitel. Der Staat hat diese Arbeit bisher im wesentlichen den Gemeinden, Privaten und Vereinen überlassen. Wenn er jetzt zum ersten Male selbst mit starken Mitteln hinter diese Aufgabe tritt, so verspricht das einen guten Erfolg. Auch den angekündigten neuen Gesetzentwurf über das Haltekinderwesen, in dem auch Jugendpflegeämter vorgesehen sein werden sollen, begrüßt Redner mit Freude. Bei der Verteilung der Geldmittel sei jedoch nicht bürokratisch, sondern nach Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten zu verfahren. Die Mittel werden am besten verwendet werden, wenn sie dorthin zunächst gegeben werden, wo schon praktische und gute Arbeit auf diesem Gebiete geleistet wird. In den Städten ist die Arbeit leichter als auf dem Lande; hier wird man nur vorwärts kommen können, wenn die Kreise sich entschließen, Säuglingspflegerinnen und Fürsorgerinnen anzustellen. Auch die Abgeordneten selbst sollten entsprechend einer Anregung des Herrn Ministers in ihren Wahlkreisen auf diesem wichtigen Gebiet aufklärend mitwirken und die notwendigen Einrichtungen anregen, die mit Unterstützung von Staatsmitteln leichter ins Leben zu rufen sein werden, als es bisher möglich war. Säuglingspflege läßt sich aber nicht ohne Kuhmilch betreiben, deshalb muß nach Möglichkeit darauf Bedacht genommen werden, unsere Milchviehbestände zu schützen und zu erhalten (Sehr richtig! rechts). Redner kommt dann auf die Frage der Mittel zur Verhütung der Empfängnis und die Frage der Herbeiführung künstlicher Aborte zu sprechen. In diesen beiden Fragen handelt es sich um Dinge von der allergrößten Bedeutung. Mittel zur Verhütung der Empfängnis sind in jeder Drogenhandlung zu bekommen, auf dem Lande werden sie durch Hausierer vertrieben, und das ist besonders gefährlich. Redner bittet deshalb den Herrn Minister, dieser Frage besonders seine Aufmerksamkeit zuzuwenden; denn auf diesem Wege wird in geradezu erschreckendem, überraschend schnellem Maße eine Wirkung erzielt. (Sehr richtig! rechts.) Dasselbe gilt betreffs der anderen Frage der Beseitigung der Aborte. Bedenklich ist vor allem, daß es sich allmählich immer mehr einbürgert, daß Frauen in einem frühzeitigen Stadium für einige Tage in einer Klinik verschwinden und dann ihre Sorgen los sind. Es ist das eine sehr ernste Frage, die dringend der Prüfung bedarf.

Erfreulicherweise sind neben der Säuglingsfürsorge in dem Haushalt zum erstenmal noch 150000 Mark für Tuberkulosefürsorge eingestellt worden. Die beste Bekämpfung der Tuberkulose liegt in der vorbeugenden Behandlung; Licht und Luft sind das beste Mittel gegen diese Krankheit; ihre Bekämpfung hängt infolgedessen aufs engste mit der Wohnungsfürsorge zusammen, die auch für die Bekämpfung des Alkoholismus von großer Bedeutung ist. Wer eine gesunde Wohnung hat, sich in seinem Heim wohl fühlt, wird weniger geneigt sein, ins Wirtshaus zu gehen, wird weniger leicht der Gefahr unterliegen, dem Alkoholismus zu verfallen.

Daß es unserer Medizinalverwaltung gelungen ist, die Gefahr der **Pest** von unsern Grenzen fern zu halten, verdient besondere Anerkennung.

Die **42 voll besoldeten Kreisarztstellen** sind von den politischen Freunden des Redners bewilligt worden; er kann aber nicht verhehlen, daß sie dies nicht ganz leichten Herzens tun aus einer rein praktischen Erwägung heraus, „weil sie nämlich fürchten, daß die Bewegung immer weiter fortschreiten wird, daß die Kreisärzte die Fühlung zu der goldenen Praxis des Lebens verlieren. Wer Gelegenheit gehabt hat, mit Medizinalbeamten zu arbeiten, hat auch Gelegenheit zu der Beobachtung gehabt, daß es unter ihnen zwei Klassen gibt, von denen die eine mehr mit der Praxis in Verbindung gestanden hat als die andere. Von den Theoretikern geht dann auch nur graue Theorie aus; dazu kommt, daß aus den Kreisärzten die ersten Medizinalbeamten der Regierungsbezirke ausgewählt werden. Wenn die Personen, die für das Gesundheitswesen eines ganzen Regierungsbezirks verantwortlich sind, in ihrem Leben nicht ausgiebige Berührung mit der Praxis gehabt haben, so entstehen daraus in vielen Fällen bedauerliche Folgen. Diese Entwicklung wird verstärkt, wenn immer neue Anstellungen voll besoldeter Kreisärzte erfolgen. Der Krieg mag dazu nötigen, die Bedenken gegenüber dieser Entwicklung bleiben aber bestehen."

Wer jemals in einem Krüppelheim gewesen ist und sich überzeugt hat, wie weit es unsere Wissenschaft gebracht hat, derartigen armseligen Krüppeln zu helfen und sie, wo es möglich ist, zu brauchbaren Mitgliedern der Gesellschaft zu machen, wird sicherlich mit größter Befriedigung den Antrag Hinzmann, der eine bessere **Krüppelfürsorge** fordert, gern unterstützen. Die politischen Freunde des Redners sind deshalb auch dazu bereit, vorausgesetzt, daß sich die Regierung bereit erklärt, den Provinzen die Mittel zur Verfügung zu stellen, die sie befähigen, die neuen Aufgaben zu übernehmen.

Die vielumstrittene Frage des **Salvarsans** muß, nachdem sie nicht nur in der breitesten Oeffentlichkeit diskutiert worden ist, sondern in weitesten Kreisen geradezu Beunruhigung hervorgerufen hat, aus der Welt geschaffen werden. Die über diese Frage in der Kommission sowohl, als heute vom Herrn Minister gemachten Mitteilungen genügen aber dazu nicht. Namentlich bedarf die Frage weiterer Aufklärung, ob seit der Einführung des Salvarsans und seit der großen Reklame, die dafür gemacht worden ist, in weitesten Kreisen geradezu ein ungesunder Optimismus großgezüchtet, der Gebrauch von Schutzmitteln für überflüssig angesehen und darauf eine Vermehrung der Krankheitsfälle zurückzuführen sei. Aus allen diesen Gründen würde es im öffentlichen Interesse liegen, wenn in geeigneter Weise, etwa durch eine Kommission, möglichst bald die nötige Aufklärung durch eine konzentrierte Diskussion geschaffen wird, damit die heute in weitesten Kreisen unseres Volkes herrschende Beunruhigung beseitigt wird. Redner schließt sich deshalb dem schon gestellten Antrage an, daß die Petition der Königlichen Staatsregierung zur Erwägung überwiesen werde. (Bravo! rechts.)

Abg. Lieber (nat.-lib.) ist hinsichtlich der **Salvarsanfrage** auch der Meinung, daß eine weitere Klärung wünschenswert ist, hat aber das Vertrauen, daß die Königliche Staatsregierung der vollen und schweren Bedeutung dieser Frage durch weitere Beobachtung und Prüfung Rechnung tragen wird.

Daß die Königliche Staatsregierung auf Grund der im Ministerium ausgearbeiteten Denkschrift über die **Bevölkerungspolitik** noch im Frühjahr d. J. mit einem vollständigen Plan über dasjenige, was sie in der Bevölkerungspolitik für durchführbar hält, an das Haus heranzutreten beabsichtigt, ist ebenso erfreulich, wie die Mitteilung des Herrn Ministers, daß die Vorlage des Gesetzentwurfes über die **Jugendfürsorge** nun doch demnächst zu erwarten ist. Die beabsichtigte Einrichtung von Jugendfürsorgeämtern für die einzelnen Kreise genügt aber nicht, es bedarf vielmehr außerdem einer breiteren Grundlage für die ganze Provinz durch Schaffung von Provinzialjugendämtern. Ein ausgezeichnetes Muster dafür hat der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf gegeben, der in Wahrheit eine Zentralinstanz für die ganze Jugendfürsorge in diesem Bezirk ist. Das Provinzialjugendamt soll die Stelle sein, wo wissenschaftlich und praktisch alle großen Fragen der Jugendfürsorge bearbeitet werden und wo man sich bemüht, diejenigen größeren Mittel herbeizuschaffen, die notwendig sind, um Fürsorge-

einrichtungen zu schaffen, die die einzelnen Kreise nicht schaffen können, und um die Tätigkeit der Kreisämter auf allen Gebieten der Fürsorge mit tüchtigen Kräften und mit Anregungen und Anleitungen zu versehen, z. B. zur Errichtung von Kinderheimen, die das Zusammenbleiben von Mutter und Kind nach der Geburt für längere Zeit ermöglichen. In anderen Ländern sind solche Kinderheime schon seit längerer Zeit ausgebaut, besonders in Ungarn, wo eine große Zahl von Kinderheimen besteht, die in Verbindung mit Gebäranstalten stehen. Schon vor dem Kriege hatte der ungarische Staat im Etat jährlich 9 Millionen Kronen für diese Einrichtungen ausgeworfen; ein Betrag, dem gegenüber die in den Etat eingestellte Summe von 500 000 M. für Säuglingsfürsorge gering ist; hoffentlich bedeutet aber dieser Betrag nur einen Anfang.

Das Jugendgesetz wird sich insbesondere auch mit der Lage der **Haltekinder** befassen müssen, hoffentlich wird man dahin gelangen, daß man die ganze Aufsicht zentralisiert und bestimmten Stellen überträgt, und diesen nicht bloß die Befugnis zur Erteilung der Genehmigung von Haltekindern, sondern auch zur Entziehung der Genehmigung erteilt. Notwendig ist ferner, daß die Stellen, denen die Aufsicht übertragen ist, auch die Pflicht haben, in all den Fällen, in denen festgestellt ist, daß das Kind in der Stelle nicht bleiben kann, die sofortige Unterbringung des Kindes vorzunehmen, ohne erst zu fragen, wer die Kosten zu tragen hat.

Der Antrag Hinzmann über die **Verbesserung der Krüppelfürsorge** ist zweifellos durchaus berechtigt. Die Verpflichtung zur Aufbringung der Mittel muß auf breitere Schultern gelegt werden. Wenn überhaupt die ganzen Kosten der armenrechtlichen Fürsorge für Kinder von den schwachen Ortsarmenverbänden abgenommen und auf leistungsfähigere Schultern, etwa auf die der Kreise und Provinzen, gelegt werden könnte, dann würde sich diese Frage der Krüppelfürsorge von selbst erledigen. (Sehr richtig!) Der Staat kann dazu um so mehr Zuschüsse geben, als sich dann sicherlich die Kosten der Fürsorgeerziehung erheblich verringern würden. Bei den **unehelichen Kindern** müssen wir alles tun, um ihre ohnehin schwierige Lage zu verbessern und die Schwierigkeiten, die sie bei ihrem Fortkommen haben, zu vermindern. Dahin gehört die Ausstellung der Geburtsscheine, die sich hoffentlich so einrichten läßt, daß man nicht mehr aus der Tatsache der Ausstellung eines abgekürzten Geburtsscheines auf die uneheliche Geburt schließen kann.

Die **Unterbringung der Stadtkinder auf dem Lande** hat nicht nur eine sehr erfreuliche gesundheitliche Wirkung für die Kinder gehabt, sondern auch dazu beigetragen, die Beziehungen der Stadt zum Lande in erheblichem Maße zu bessern; hoffentlich gelingt es, im Laufe des Sommers wieder in größerem Maße Schulkinder aus der Stadt auf dem Lande unterzubringen und auf diese Weise dazu beizutragen, daß ein besseres Verständnis zwischen Stadt und Land angebahnt wird. (Bravo!)

Abg. Dr. **Mugdan** (fortschr. V.-P.) bedauert zunächst, daß die zur Beratung eines so wichtigen Teils des Haushalts recht knappe Zeit auch noch durch eine **Salvarsandebatte** verkürzt wird, denn das Haus der Abgeordneten ist nicht sachverständig, über diese Frage zu urteilen. Durch die Annahme des Antrages, die Petition der Regierung zur Erwägung oder als Material zu überweisen, wird aber schon ein Urteil dahin abgegeben, daß denen, die Günstiges über das Salvarsan berichten, nicht zu trauen ist. Daß das Salvarsan von Beginn an mit allgemeinem Enthusiasmus aufgenommen worden sei, ist nicht wahr; es ist im Gegenteil mit großem Mißtrauen aufgenommen. Erst durch außerordentlich mühseliges, jahrelang dauerndes Arbeiten ist es gelungen, festzustellen, wie weit die Wirkung des Salvarsans geht, wie gefährlich und ob es überhaupt gefährlich ist. Es herrscht auch bei den Aerzten keine Uebereinstimmung über die Wirkung und Anwendungsfähigkeit des Salvarsans; es gibt im Gegenteil in Deutschland noch nicht ein Dutzend Aerzte, die bei der Behandlung der Syphilis ausschließlich das Salvarsan als Heilmittel anwenden; fast alle Aerzte wenden es in Verbindung mit Quecksilber an. Aus der Tatsache allein, daß in der medizinischen Literatur Aufsätze für und gegen das Salvarsan sich finden, scheint das Einsetzen einer paritätischen Kommission vollständig überflüssig und unzweckmäßig. Eine solche hat sich wohl bei gewerblichen Streitigkeiten in der Arbeiterversicherung bewährt; wie sollen es aber sechs Männer machen, um die Salvarsanfrage zu entscheiden? (Sehr richtig!)

Man kann doch unmöglich aus der Literatur ein Urteil darüber abgeben, ob ein Mittel gut oder schlecht ist. Das kann man nur durch Erfahrung mit seiner Anwendung. Wie soll aber eine Kommission, bei der drei Salvarsangegner zugegen sind, Erfahrung in der Salvarsanbehandlung machen? Die Salvarsangegner können doch das Salvarsan gar nicht anwenden. Beschließt das Haus die Einsetzung einer solchen Kommission, so hoffe ich, daß die Regierung einen solchen Wunsch nicht erfüllen wird, weil sie ihn gar nicht erfüllen kann. Es ist auch unmöglich, daß diese Kommission irgendeine fruchtbringende Arbeit leistet. (Sehr richtig! links.) Gemäß ihrer Haltung werden deshalb die politischen Freunde des Redners dem Antrage der Budgetkommission beitreten, über die Petition zur Tagesordnung überzugehen; sie würden sich sogar gefreut haben, wenn sie gar nicht erst für wert der Erörterung im Plenum befunden worden wäre; denn selten ist über eine Sache so viel Unwahres behauptet worden, wie gerade hier. Gewiß ist Salvarsan in der Anwendung ein gefährliches Mittel; es ist aber nicht gefährlicher, als ein großer Teil der Mittel, die wir jeden Tag anwenden. Die ganze Salvarsandebatte erinnert an die Kämpfe der Impfgegner. Die paritätische Kommission wurde dort auch verlangt. Wie dankbar müssen wir dagegen der preußischen Medizinalverwaltung sein, daß sie mit aller Entschiedenheit jedem Beginnen, an dem Bau unserer Zwangsimpfung zu rütteln, entgegengetreten ist. (Sehr richtig! — Bravo!) Was würde mit Deutschland geschehen sein, wenn wir diesen Reden, die genau so waren wie heute hier die Salvarsanreden, gefolgt wären? Was würde dann aus Deutschland geworden sein? (Sehr gut!) — Auch damals hat man gehört, daß das ganze deutsche Volk seufze unter der Zwangsimpfung, genau so wie heute ein Vorredner so gesprochen hat, als ob das deutsche Volk zurzeit überhaupt keine andere Frage als die Salvarsanfrage interessierte. Als ob irgend jemand in Deutschland, der an Syphilis erkrankt ist, gezwungen würde, sich mit Salvarsan behandeln zu lassen! Genau so wurde damals gesagt: das ganze Volk seufzt unter der Zwangsimpfung, und als wir in Deutschland durch den Krieg eine Pockenepidemie bekamen, was erlebten wir da? Da war geradezu eine Impffreudigkeit vorhanden, man drängte sich zu den Impfungen, so daß sogar an manchen Orten nicht genügend Impfstoff vorhanden gewesen ist. Der Direktor der Medizinalverwaltung ist von den Impfgegnern auch beschimpft worden; er wird es ertragen können genau so schließlich, wie er es ertragen wird, wenn er jetzt von den sogenannten Salvarsangegnern beschimpft wird. Bei der wissenschaftlichen Einschätzung, die die Aerzteschaft ihm und seinen gegenwärtigen Gegnern zuteil werden läßt, ist es nicht notwendig, daß er auf diese Beschimpfungen antwortet. Vielleicht richtet er sich nach dem lateinischen Satz: „Quotie cum stercore certo, vinco seu vincor, semper ego maculor". Wenn der Antrag der Impfgegner auf die Einsetzung einer Untersuchungskommission Erfolg gehabt hätte, dann wäre es als größter Erfolg der Impfgegner ausgegeben worden, das Vertrauen zur wissenschaftlichen Medizin wäre schwer erschüttert worden, und es wäre dann sehr schwer gewesen, gegen Cholera, Typhus und andere Seuchen das Mittel der Impfung zu ergreifen, was Deutschland ebenso viel geholfen hat, wie unsere Waffen. Noch niemals gab es einen Krieg von 3½ Jahren in einem Lande, ohne daß dies von Seuchen ergriffen worden wäre, und dabei war für unser Vaterland die Gefahr der Ansteckung in diesem Kriege eine außerordentliche. Wären wir in der Impffrage auch nur eine Spur zurückgewichen, würden wir auf all den Unsinn eingegangen sein, der uns Jahrzehnte lang vorgeredet worden ist, unser deutsches Vaterland wäre in das größte Unglück gekommen.

Der Krieg war für das Gesundheitswesen eine schwere Prüfung. Es wird aber allgemein anerkannt, daß alle Teile des Gesundheitswesens, Medizinalverwaltung, Aerzte, ärztliches Hilfspersonal, Krankenpflegerinnen, Krankenpfleger und Apotheker diese Prüfung glänzend bestanden haben. (Sehr richtig!) Für die Zeit nach dem Kriege wird jetzt unser Gesundheitswesen vor noch größere Aufgaben gestellt werden. (Sehr richtig!) Einen Teil dieser Aufgaben hat das Reich versucht gesetzgeberisch zu lösen. Der Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Gesetzentwurf gegen die Verhinderung der Geburten sind gute Grundlagen. Die Ansicht der Abgg. Faßbender wie Negenborn, daß jeder Abort auch einen Arzt zum Urheber habe, ist unrichtig, denn nur bei den wenigsten Aborten wird ein Arzt

zugezogen. Man macht dem ärztlichen Stande einen unbewiesenen Vorwurf, wenn man allein aus der hohen Zahl der Aborte folgert, daß die Aerzte bei der Einleitung der Aborte nicht mit der nötigen Vorsicht vorgehen. Die Forderung, daß bei jedem Abort zwei Aerzte tätig sein sollen, ist dort, wo nur ein Arzt ansässig ist, nicht ausführbar.

Wenn es schon immer richtig ist, daß der größte Reichtum eines Staates in seinem Besitz an Menschen besteht, so ist das nach diesem Kriege natürlich tausendmal richtig. Dieser Krieg hat uns zuerst Kriegsverluste gebracht; dazu kommen mindestens ebenso viele, vielleicht noch mehr Kriegsbeschädigte, Kriegskranke, dann die entgangenen Geburten, die Minderung der Geburten in den Kriegsjahren gegenüber den Jahren vorher, eine Zahl, die leider ebenso groß ist, vielleicht noch größer als die Zahl der im Kriege Gefallenen. Weiterhin sind wir aus bitterer Not gezwungen gewesen, die **Bestimmungen zum Schutze der Frauen und Kinder** in unserer Gewerbeordnung außer Kraft zu setzen (Sehr richtig! links) und Frauen wie Kinder zu Arbeiten zuzulassen, die für ihre Gesundheit zweifellos nicht gut sind. (Sehr richtig! links.) Alles dies wird für die Zukunft vielleicht recht unangenehme Folgen haben. Auch **die mangelhafte Ernährung**, der ein großer Teil des deutschen Volkes jetzt unterliegt, hat vielfache Schädigungen zur Folge; die Tuberkulose hat zugenommen, andere Krankheiten sind häufiger geworden. Nach dem Kriege wird deshalb eine möglichste Erhaltung der Arbeitsfähigkeit bei Nichtgesunden und vorbeugender Schutz von Krankheiten bei Gesunden als das Notwendigste anzustreben sein. (Sehr richtig! links.) Diese beiden Forderungen müssen bei allen Maßnahmen der Verwaltung in Reich, in Staat und in der Gemeinde, auch überall in unserem Wirtschaftsleben zur Erfüllung kommen. Nur wenn das geschieht, ist es möglich, daß wir auch nur einigermaßen die Kriegsverluste ausgleichen, daß wir die Zukunft unseres Volkes für die nächsten Jahrzehnte einigermaßen sicherstellen.

Diesem Ziele dient auch der vom Abg. Hinzmann gestellte Antrag, auf **besserer Krüppelkinderfürsorge.** Gerade für die verkrüppelten Kinder geschieht in Preußen nicht allzu viel. Es wäre aber ein Fehler, wenn man annähme, daß bei Erfüllung des Antrages alles für die verkrüppelten Kinder getan wäre, was irgendwie zu tun ist. Man kann sagen, daß im Krieg die Orthopädie ihre glänzendsten Triumpfe gefeiert hat, (sehr richtig) und es ist sicher, daß sie auch bei den armen jugendlichen Krüppeln denselben Erfolg haben kann. Deshalb müßte die Medizinalverwaltung ihren Einfluß bei der Unterrichtsverwaltung geltend machen, daß viel mehr **orthopädische Lehrstühle** an den Universitäten errichtet werden, damit sowohl Studierende der Medizin, als die Aerzte weit mehr Gelegenheit haben, sich orthopädisch auszubilden, als es bisher der Fall gewesen ist.

Erfreulich ist die Einstellung von 500000 Mark zur Förderung der **Säuglingsfürsorge.** Der Haushalt der Medizinalverwaltung hat aber gegenüber den anderen Etats eine Besonderheit, daß sehr häufig seine Posten gar nicht aufgebraucht werden, z, B. bei dem Posten für übertragbare Krankheiten. Das geschieht aber nicht etwa deswegen, weil diese Krankheiten zurückgehen, sondern weil die **Verteilung der bewilligten Summen** nicht in der Weise geschieht, wie wir es wünschen sollen. Diese Summen werden nur an Gemeinden gegeben, die leistungsschwach sind, die unfähig sind, selbst irgendwelche Leistungen aufzuweisen, während es weit richtiger wäre, diese Summen dort zu verwenden, wo sie nötig sind, ohne Rücksicht darauf, ob die Gemeinden leistungsschwach sind oder nicht. Redner bittet deshalb von diesen 500000 M. auch nicht einen Pfennig zu ersparen; der Minister des Innern würde sogar vom Landtage Indemnität bekommen, wenn er diese Summe noch etwas überschritte. An die Gemeinden, die eine Unterstützung haben wollen, sind nicht zu harte Bedingungen zu stellen, sobald sie nur den festen Willen haben und auch den Beweis dafür erbracht haben, daß sie für die Säuglingspflege etwas tun wollen.

Freudig zu begrüßen ist, daß der Titel für das **Bezirkshebammenwesen** etwas erhöht worden ist; zur Hebung der Säuglingspflege und besonders zur Hebung des Mutterschutzes ist aber eine **Reform unseres Hebammenwesens** eine unbedingte Notwendigkeit. Ob das auf dem Wege der Reichsgesetzgebung

zu erledigen ist, ist zweifelhaft; wahrscheinlich wird es Sache der Einzelstaaten sein. An die Säuglingsfürsorge muß sich eine Kinderpflege, und an die Kinderpflege muß sich eine obligatorische Jugendpflege anschließen. Das beste ist, wenn alle diese Dinge in **Jugendämtern** zusammengefaßt werden, in Aemtern, die sich über das ganze Gebiet eines Kreises erstrecken. Die Vorbedingung für eine bessere Kinderpflege und auch für einen besseren Mutterschutz ist die Einführung der **obligatorischen Familienversicherung** in die Reichsversicherungsordnung. Wo wichtigste Fragen der Hygiene, wie hier, gelöst werden müssen, müssen Krankenkassen und Aerzte sich einigen, um etwaige Schwierigkeiten zu überwinden. Erforderlich ist auch, daß die **Reichswochenhilfe** zu einer Regelleistung der Reichsversicherungsordnung gemacht wird.

Beim **Wiederaufbau unseres Volkstums** wird es, wie bei dem Wiederaufbau von Handel und Gewerbe, eine **Uebergangswirtschaft** geben, für die auch die Medizinalverwaltung vorsorgen muß. Dem vorhandenen Mangel an Krankenhäusern und Krankenheimen kann dadurch abgeholfen werden, daß die vielen frei werdenden Lazarette der Armee zugunsten der städtischen und der ländlichen Gemeinden verwendet und nicht wie 1870 meistbietend versteigert werden. Durch die Lazarette wird noch vieles anderes frei, was sowohl die städtischen und die ländlichen Krankenhäuser, als auch die Aerzte brauchen z. B. Desinfektionsmittel, Verbandsmittel und ärztliche Instrumente usw. Man sollte schon jetzt in Aussicht nehmen, alle diese Dinge den Aerzten, die heim kehren, und den Krankenhäusern zu einem billigen, annehmbaren Preise zu überlassen.

Der Herr Minister hat mitgeteilt, daß mehr als zwei Drittel der deutschen Aerzte unter den Waffen stehen. Von diesen Aerzten geht es einem Teile sehr schlecht. Ein Teil dieser Aerzte hat die Ersparnisse, die sie vor dem Kriege gemacht haben, aufgebraucht; sie haben die Praxis verloren und stehen wenn sie aus dem Felde zurückkehren, eigentlich einem Nichts gegenüber. Nach einer vom Chef des Feldsanitätswesens veranlaßten Umfrage sollen nicht weniger als 3000 Aerzte im Kriege wirtschaftlich fast ruiniert sein. Bei Sanitätsoffizieren, die in der Heimat beschäftigt sind, ist bisher eine solche Umfrage nicht erfolgt und sollte deshalb durch die Medizinalverwaltung noch bewirkt werden; bei der Demobilisierung sind die verheirateten Aerzte zuerst zu entlassen. Viele wirtschaftliche Schwierigkeiten für die aus dem Felde heimkehrenden Aerzte könnten auch behoben werden, wenn man ihnen Stellen in der Heimat gibt, die bis dahin von Sanitätsoffizieren versehen wurden, in Reservelazaretten oder auf dem Bezirkskommando, und sie in diesen Stellen so lange läßt, bis sie einen neuen wirtschaftlichen Wirkungskreis gefunden haben. Außerdem sollte die Hälfte der Assistenzarztstellen sowohl in den staatlichen, als in den städtischen und anderen öffentlichen Anstalten den heimgekehrten Aerzten offen gehalten werden.

Viele Aerzte, besonders Landärzte, sind auch dadurch im Kriege geschädigt worden, daß man ihnen Pferde und ihre Autoreifen enteignet hat, und daß sie nun, wenn sie ihre Praxis wieder eröffnen wollen, ihre Autos oder ihre Pferde wieder brauchen. Die Medizinalverwaltung sollte deshalb dahin wirken, daß bei der Demobilisierung diese Aerzte ihre Autoreifen und Pferde von der Heeresverwaltung zu denselben Preisen zurückkaufen können, zu denen sie enteignet worden sind. Endlich sollten die für den Mittelstand eingerichteten **Kriegshilfskassen** auch den Aerzten offen stehen; denn wenn auch in ärztlichen Kreisen für die im Felde stehenden Aerzte große Sammlungen stattgefunden haben, wenn die Aerzteschaft auch versucht, die Not ihrer Kollegen selbst zu lindern, so werden sich vielleicht diese Mittel als zu gering erweisen.

Notwendig wird es ferner sein, daß für die **Fortbildung der Aerzte** Mittel zur Verfügung gestellt werden, da ein Teil der notapprobierten und ganz jung approbierten Aerzte aus dem Kriege mit einem Wissen zurückkehrt, das sie wahrscheinlich nicht befähigt, eine allgemeine Praxis auszuüben. Sie müssen deshalb die Möglichkeit haben, sich fortzubilden, und zwar möglichst rasch fortzubilden. (Sehr richtig! bei der fortschrittlichen Volkspartei).

Es wird notwendig sein, daß für die Aerzte Fortbildungskurse eingerichtet werden, die sie nicht nur unterrichten in den manuellen Geschicklichkeiten und

in den wissenschaftlichen Disziplinen, sondern die auch Rücksicht nehmen darauf, daß der Arzt in der Zukunft weit mehr als in der Gegenwart und Vergangenheit ein Diener der sozialen Ideen sein muß. (Sehr gut! bei der fortschrittlichen Volkspartei).

Ohne Unterstützung sachkundigster, auch mit der sozialen Hygiene bekannter praktischer Aerzte kann eine Medizinalverwaltung ihre großen Aufgaben gar nicht erfüllen. Aber, um das zu leisten, was in Preußen gerade geleistet worden ist, bedurfte es einer hingebenden, ausgezeichneten Tätigkeit der beamteten Aerzte, also der **Kreisärzte**. Die politischen Freunde des Redners begrüßen es deshalb mit Freude, im Gegensatz zu dem Abg. Negenborn, daß 42 nicht voll besoldete Kreisärzte in besoldete umgewandelt worden sind, ihre Freude wird nur dadurch etwas abgeschwächt, daß trotzdem noch immer von 520 Kreisarztstellen nur 115 voll besoldet sind. (Hört, hört! bei der fortschrittlichen Volkspartei). Der Kreisarzt soll der Gesundheitsberater des Kreises sein. Er soll gar nicht ärztlich behandeln. Er muß Gesundheitsschädigungen vorbeugen, er muß gesundheitsfördernde Einrichtungen anregen und herbeiführen; es ist unrichtig, daß er diese Hauptaufgabe nicht erfüllen kann, wenn er nicht nebenbei Praxis ausübt. Im Gegenteil diese Ausübung der Praxis hat für den Kreisarzt auch ihr Mißliches, denn wenn der Kreisarzt seine Hauptaufgabe, Gesundheitsberater des Kreises zu sein, erfüllen will, dann muß er unabhängig sein, (sehr gut! bei der fortschrittlichen Volkspartei) unabhängig sein von jedermann, unabhängig auch von hochmögenden Patienten. Das ist sehr wichtig, denn wenn ein Kreisarzt zufälliger Weise der Privatarzt eines in dem Kreise außerordentlich einflußreichen Mannes ist, so besteht die Gefahr, das manchmal zwei Seelen miteinander kämpfen, wenn er in dem Betriebe dieses Mannes etwas findet, was er als Kreisarzt verbieten müßte, aber als Privatarzt weiß, daß das Verbot seinem Klienten außerordentlich wehe tun würde. Aus diesem Grunde muß eigentlich der Kreisarzt von jeder praktischen Tätigkeit enthoben sein, weil damit die Unabhängigkeit, die wir bei diesem Amte brauchen, verloren gehen kann. Der Kreisarzt soll in seinen amtlichen Aufgaben seine Hauptpflicht sehen. Weit hinter diesen Aufgaben kommen erst seine medizinalpolitischen Aufgaben. Er soll die soziale und gesundheitliche Fürsorge des Kreises leiten; ganz allein durchführen kann er sie natürlich nicht. Städte und Kreise wetteifern jetzt in Säuglingsfürsorge, Tuberkulosenfürsorge, Fürsorge für Geschlechtskranke und dergleichen. Hier dürfte es bald an der Zeit sein, einer allzu großen Spezialisierung entgegenzutreten, und dahin zu wirken, daß alle diese gesundheitlichen und sozialen Bestrebungen in einer Stelle zusammenlaufen, dem **Kreisgesundheitsamte**. In dem Kreise, der von Herrn Abg. Schulze-Pelkum verwaltet wird, ist zuerst ein solches Amt, und zwar vorbildlich gut, eingerichtet worden. Die Gesundheitskommisionen, die wir ja zur Unterstützung des Kreisarztes in der öffentlichen Gesundheitspflege haben, haben sich nicht bewährt; sie führen ein dornröschenähnliches Leben, sie kommen eigentlich nie in Erscheinung. Schon deshalb empfiehlt es sich, die Gesundheitspflege in den Kreisen solchen Kreisgesundheitsämtern zu übergeben, die von dem Kreisarzt geleitet werden. Diese **Gesundheitsämter** können dann die Säuglingspflege, die Kinderpflege, die Tuberkulosenpflege übernehmen, sie können den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten führen, sie können sich auch mit der Wohnungshygiene beschäftigen, kurzum, sie können alle diese Bestrebungen unterstützen, die wir unter dem Namen Sozialhygiene zusammenfassen. Dabei ist auch eine Vertretung von Vereinen möglich und notwendig und die Vertretung der Landesversicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften.

In vielen Städten ist allerdings ein eigener **Stadtarzt** angestellt, so daß dann in der Stadt ein Stadtarzt und ein Kreisarzt vorhanden ist, wenn der Kreisarzt nicht gleichzeitig der Stadtarzt ist. Die Medizinalverwaltung sollte deshalb dafür Sorge tragen, daß in solchen Fällen dem Stadtarzt gewisse Funktionen des Kreisarztes übergeben werden.

In diesem Etat ist noch eine ziemlich große Summe für die **Provinzialmedizinalkollegien** eingestellt, die sich eigentlich vollständig überlebt haben, auf dem gesundheitlichen Gebiete überhaupt nichts leisten und in der Hauptsache jetzt nur noch Obergutachten in Prozessen erstatten. Das geschieht aber

wie in der Reichsversicherung, durch sachkundige Fachärzte weit besser. Die politischen Freunde des Redners haben davon abgesehen, jetzt einen Antrag auf Aufhebung dieser Provinzialkollegien zu stellen, weil sie der Ueberzeugung sind, daß sie bei Erledigung der Verwaltungsreform verschwinden werden; sie sind auch der Meinung, daß dabei die Stellen der **Regierungsmedizinalräte** nicht unberührt bleiben werden. Die für unsern Volkskörper so schwierigen Folgen des Krieges haben auch zu ausgedehnten Erörterungen darüber geführt, ob nicht die obersten Stellen unseres Gesundheitswesens, im Reich sowohl, wie in Preußen, einer Aenderung bedürfen. Daß den erhöhten Ansprüchen dieses Gesundheitswesens die Organisation der Reichsbehörde nicht entspricht, das kann wohl nicht bezweifelt werden. Die oberste Medizinalbehörde ist das Reichsamt des Innern. Das alte Reichsamt des Innern war mit so viel anderen Angelegenheiten überlastet, daß es nur wenig Zeit fand, um gesetzgeberische Vorschläge in bezug auf Medizinal- und Veterinärpolizei zu machen, obwohl der Artikel 4 der Reichsverfassung die Reichsgesetzgebung darauf hinweist. Bei dem neuen Reichsamt des Innern wird es nicht anders sein, besonders nach dem Kriege. Die Arbeiten dieses Amtes sind viel zu groß, als daß es sich gerade für die Gesundheitspflege außerordentlich viel Zeit lassen könnte. Nun denkt man in Deutschland sehr häufig, daß wir im Reiche eine zentrale gesundheitliche Behörde in dem Kaiserlichen Gesundheitsamte haben. Das ist aber ein Irrtum. Das Kaiserliche Gesundheitsamt ist nur eine beratende Behörde, die dem Reichsamt des Innern unterstellt ist, eine Behörde, die auf Anfragen des Reichsamts des Innern wohl Antwort geben kann, von der es aber sehr fraglich ist, ob es eigene Anregungen zu geben in der Lage ist, ob es eine Initiative hat.

Von vielen Seiten ist deshalb vorgeschlagen worden — die Herren Nationalliberalen des Reichstags haben auch solchen Antrag gestellt, der die Zustimmung des Reichstags gefunden hat —, ein Reichsamt für Wohlfahrtspflege, ein Reichsamt für Gesundheitspflege zu schaffen. Damit würde aber das, was wir wünschen, nicht erfüllt werden; denn bei der Gestaltung unserer Reichsverfassung hat ein Reichsamt niemals Vollzugsgewalt. (Sehr richtig! bei der fortschrittlichen Volkspartei.) Ein Reichsamt kann Gesetze vorschlagen, ein Reichsamt kann bei der Gesetzgebung sehr viel Günstiges, sehr viel Notwendiges erreichen, aber bei der Ausführung der von der Reichsgesetzgebung als notwendig anerkannten und angeordneten Maßnahmen sind wir auf die Behörden der Bundesstaaten angewiesen. (Sehr richtig! bei der fortschrittlichen Volkspartei.) Wenn man deshalb der Ueberzeugung ist, daß die Medizinalverwaltung in ihrer obersten Spitze wegen der großen Bedeutung des Gesundheitswesens eine andere Stellung braucht, dann müssen wir bei den Bundesstaaten anfangen. Deshalb ist es sehr erwägenswert, ob man nicht der preußischen Medizinalverwaltung endlich diejenige Stellung und Verantwortlichkeit einräumen sollte, die ihr bei der Leitung der öffentlichen Gesundheitspflege zukommt. (Sehr richtig! bei der fortschrittlichen Volkspartei.) Denn die Sorge für die öffentliche Gesundheitspflege ist zur Zeit eine der wichtigsten Pflichten des Staates, (sehr wahr! links). Unser Verbündeter Oesterreich hat das schon eingesehen und ein **Ministerium für Volksgesundheit** geschaffen. M. H., was nutzt einem Staate die größte Blüte in Industrie, in Handel, in Handwerk, in Landwirtschaft, was nutzt dem Staate die größte Blüte in Kunst und Wissenschaft, wenn seine Bevölkerung stehen bleibt oder sogar von Jahr zu Jahr ihre Lebenskraft abnimmt? M. H., die öffentliche Gesundheit ist die Grundlage, auf der die Macht eines Staates beruht; die öffentliche Gesundheit ist das Glück des Volkes. (Sehr richtig!) Nur in einem **Ministerium für Volksgesundheitspflege** können aber alle Betätigungen, die der Volksgesundheit dienen, zusammengefaßt werden, (sehr richtig! bei der fortschrittlichen Volkspartei) und nur dann, wenn diese Zusammenfassung erfolgt ist, wird es möglich sein, das ungeheure und täglich neue Aufgaben erhaltende Gebiet der Gesundheitspflege leicht zu dem von uns allen gewünschten Ziele, zur Gesundung unseres Volkes, zu führen. (Bravo!) Dieses Ziel muß erreicht werden, und zur Erreichung dieses Zieles müssen alle Schwierigkeiten, die sich davor etwa auftürmen sollten, ausgeräumt werden. Dann nur, wenn wir dieses Ziel erreichen, wird unser Volk in dem Wettkampf um die Güter des Friedens, in dem Wettkampf, der hoffentlich in nicht zu langer Zeit diesem Kriege folgt, sich ebenso

bewähren und ebensolche Lorbeeren davontragen, wie in diesem Kriege, wo es für sein Bestehen und seine Zukunft gestritten hat. (Bravo! bei der fortschrittlichen Volkspartei.)

Abg. Dr. **v. Woyna**, (freikons.): Die Aufgabe der Medizinalverwaltung wie jeder Verwaltung ist, auf den Streit der Meinungen möglichst besänftigend und versöhnend einzuwirken; dies sollte sie deshalb in der **Salvarsanfrage** tun. Wie sie es macht, kann ihr allerdings nicht vorgeschrieben werden, eine gewisse Einwirkung auf die Universitätskollegien, auf die Aerztekammern dürfte aber doch wohl dazu führen, daß dieser Streit der Meinungen nicht so weit ausartet.

In das **Verhältnis der Aerzte untereinander** muß überhaupt eine möglichst gesunde Stimmung kommen. Schon vor dem Kriege war es häufig keine Freude, zu sehen, wie die Aerzte sich im Lande feindlich gegenüber standen. Nach dem Kriege wird die Not der Aerzte noch viel größer werden. Je friedlicher aber das Verhältnis der Aerzte untereinander auch unter Einwirkung der Medizinalverwaltung gestaltet wird, desto besser wird es für diesen Stand sein, der nach dem Krieg zweifellos für viele seiner Mitgliedes vor einer großen Not steht.

Erfreulicher als das Bild des Verhältnisses der Aerzte ist das Bild, das der Staat darbietet in bezug auf die **Fragen der Volksgesundheit.** Sämtliche Parteien sind in der Sorge für unsere Volksgesundheit einig, die ihren Urgrund in der Gesundheit der Mutter hat. Eine Art von Müttern aber erfordert eine ganz besondere Sorge von allen beteiligten Seiten, das ist die **uneheliche Mutter,** der seitens der offiziellen und der nicht offiziellen Gesundheitspflege eine ganz besondere Sorge zugewandt werden muß. (Sehr richtig! bei der Freikonservativen.) Ein Mittel, der unehelichen Mutter zu helfen, ist die Sorge für ihre wirtschaftliche Existenz schon vor der Geburt ihres Kindesn man soll ihr deshalb dieselbe **Wochenhilfe** geben, die ihr vermöge der Reichsversicherungsgesetzgebung gewährt wird und zwar ohne Ansehen und ohne Unterschied der Person. (Sehr richtig!)

Die Sorge für das neugeborene Kind muß zunächst die Hebamme übernehmen. Daß in unserem **Hebammenwesen** aber manches nicht so ist, wie es sein könnte, und wie es sein müßte, darüber sind wir uns alle klar. (Sehr richtig!) Hoffentlich löst die Gesetzgebung recht bald das Rätsel und trifft Einrichtungen, die gewährleisten, daß die gut vorgebildete Hebamme in einer wirtschaftlich sicheren Lage ihren so außerordentlich wichtigen Beruf ausüben kann. (Sehr richtig!) Die Hebamme ist aber nur bei der Geburt selbst oder unmittelbar nachher nötig; später müssen noch andere Kräfte dazu kommen, die sich bei der **Säuglingsfürsorge** betätigen. Hierzu können mit Vorteil die jungen Mädchen im Alter von 12 bis 14 Jahren herangezogen werden, wenn wir ihnen im Schulunterricht das lebende Kind als Objekt der Pflege, des Unterrichts darbieten. Durch die Schulmädchen wird dann auch das Interesse für die Säuglingsfürsorge in die Familien der Eltern zurückgetragen, so daß den jüngeren Geschwistern das zum Segen ausschlägt, was die Kinder in der Schule gelernt haben. Zu allen solchen Maßnahmen muß natürlich ein besonderes Personal (**Fürsorgeschwestern**) von den Kommunalverbänden angestellt werden.

Auch in der Frage der **Tuberkulosebekämfung** müssen wir uns an die Jugend wenden und die Mädchen der Volksschule dazu erziehen, daß sie gute Hauswirtinnen werden (sehr richtig!); denn die Tuberkulosefrage ist in der Hauptsache eine hauswirtschaftliche Frage: nur in den Häusern, in denen Ordnung, Sauberkeit, Sorge für gute Luft gehandhabt wird, ist die Tuberkulose mit Erfolg zu bekämpfen. (Sehr richtig!) Alle gemeinsamen öffentlichen Einrichtungen sind nicht entfernt von dem Werte wie gerade die hauswirtschaftlichen Bekämpfungsmittel der Tuberkulose. (Sehr richtig!) Die Forderung, die der Herr Vorredner bezüglich der Konzentrierung aller Medizinalfragen in den Kreisen durch Einsetzung von **Gesundheitsämtern** gestellt hat, möchte Redner unterschreiben. Durch die vielen Ausschüsse und Unterabteilungen, die von den zuständigen Hauptvereinen in den Provinzialhauptstädten für die einzelnen Kreise in Bezug auf Säuglingsfürsorge, Tuberkulosefürsorge, Krüppelfürsorge und dergleichen gefordert werden, durch alle diese Zersplitterungen haben wir das Bild, daß in einer großen Zahl von der-

artigen Kommissionen vieler Landkreise meist dieselben Menschen sitzen; sie werden nur immer unter einer anderen Firma eingeladen. Also die Konzentrierung aller dieser Aufgaben in einem Kreisgesundheitsamt erscheint richtig. Dagegen geht die Forderung, für die gesundheitsfördernden Bestrebungen im Lande ein **Spezialministerium** einzurichten, zu weit. (Sehr richtig!)

Wer das Wesen der Verwaltung kennt, wird sich sagen müssen, daß fast auf allen Gebieten der Verwaltung sanitäre Fragen mitsprechen, daß es fast kein Ressort gibt, in dem das nicht der Fall ist. Deshalb ist nicht richtig, ein neues Ministerium zu schaffen, sondern richtiger, daß der Minister des Innern, dem die allgemeine Aufgabe der Aufrechterhaltung der öffentlichen Ruhe, Ordnung und Sicherheit obliegt, auch ferner die Aufgaben der Gesundheitspflege in seinem Ressort behält, denn jede weitere Zersplitterung unserer Zentralinstanzen muß notwendig zur Vermehrung der Beamten führen. (Sehr richtig!) Darum, was sich jetzt seit Jahren in der preußischen Organisation bewährt hat, an der Einrichtung unserer nun einmal in das Empfinden des Volkes aufgenommenen Zentralinstanzen sollte man so wenig wie möglich rütteln. Wir haben uns daran gewöhnt, mit diesen Instanzen zu verkehren, wir haben Vertrauen zu ihnen. Warum die Zahl der Zentralinstanzen vermehren? Die gegenwärtige Organisation der Medizinalverwaltung soll deshalb beibehalten werden; das Leben der Menschen im einzelnen kann auch nachdem Kriege nur von unsern Kreisen und unsern Gemeinden wieder aufgebaut werden. (Bravo!)

Abg. **Hinzmann** (Zentr.): Das deutsche Volk, dessen vorbildliche Gesetzgesetzgebung den Neid und die Bewunderung der ganzen Welt erregt, hat auch im Kriege die großartigsten sozialen Leistungen aufzuweisen. Aber gerade angesichts dieser glänzenden Erfolge drängt sich uns das traurige Bild von tausend und abertausend zivilen **Krüppeln** auf, an deren Heilung und Ausbildung niemand denkt. Dieses traurige Bild paßt ganz gewiß nicht mehr hinein in den glänzenden Rahmen unserer großzügigen Sozialpolitik. Für alle anderen Hilfsbedürftigen und geistig und körperlich schlecht von der Natur bedachten Volksgenossen wird in reichem Maße gesorgt, nur nicht für die Krüppel. Das ist um so schmerzlicher, als gerade diese ihrer Mehrzahl nach noch geheilt und erwerbsfähig gemacht werden könnten, wenn sie rechtzeitig in geeignete Pflege und Behandlung kommen würden.

Mehr als 30000 jugendliche Krüppel bleiben zurzeit in Preußen ohne jede ärztliche oder sonstige Fürsorge und müssen als Ortsarme, Bettler und Almosenempfänger ihr Leben fristen. Diesem Zustand muß unbedingt abgeholfen werden. Allerdings erfordert die Ausführung einer so großen sozialen Tat auch erhebliche Kosten; es handelt sich dabei aber um Ausgaben, die sich reich und überreich verzinsen werden. Schätzt man die Kosten für den jährlichen Unterhalt eines arbeitsunfähigen, ungeheilten Krüppels auf 400 Mark und den Wert des selbständigen Erwerbs nach seiner Heilung auf 600 Mark, so ergibt sich aus der Heilung eines Krüppels ein jährlicher Gewinn von 1000 Mark zugunsten des Nationalvermögens. Lebt der geheilte Krüppel vielleicht noch 25 Jahre, so beziffert sich der Gesamtgewinn für die Heilung auf 25000 Mark. Wir können uns gerade jetzt den Luxus nicht gestatten, Tausende von Volksgenossen der Untätigkeit und dem Straßenelend zu überlassen, die sich fruchtbar betätigen könnten, wenn man ihnen rechtzeitig die erforderliche Hilfe entgegenbringen wollte. Je schneller die Hilfe kommt, um so besser für unsere Volkswirtschaft. (Lebhaftes Bravo! im Zentrum.)

Abg. **Fritsch** (natl.) spricht im Namen seiner Partei die vollste Zustimmung zu dem Antrag Hinzmann aus. Er kann aus persönlicher, unmittbarer Anschauung, aus fortgesetzter Wahrnehmung bei dem unter der ausgezeichneten Leitung des Prof. Dr. Biesalski stehenden Oskar-Helene-Krüppelheim in Dahlem bestätigen, wieviel Segen durch tüchtige **Krüppelfürsorge** geleistet werden kann und geleistet worden ist.

Der Abg. Mugdan hat mit Recht auf die Notwendigkeit der Errichtung von **Lehrstühlen für Orthopädie** an den Universitäten hingewiesen. Vielleicht läßt sich auch eine förderliche Verbindung zwischen den Universitätsprofessoren für Orthopädie und den Krüppelheimen herstellen. Jedenfalls müßte das Fortbestehen der Krüppelheime, die bis jetzt wesentlich auf die Beiträge und die Mittel charitativer Art angewiesen sind, durch das Eintreten öffentlicher Ver-

bände gesichert werden. Die Bereitstellung staatlicher Mittel zu ihrer Unterstützung hat gewiß manche Bedenken. Redner hofft jedoch, daß die Staatsregierung diese fallen läßt und dafür sorgt, daß den Krüppelheimen eine recht kräftige Unterstützung zuteil wird. Gerade die heutige Zeit weist darauf hin, wie wichtig es ist, daß alles geschieht, um die entsetzlichen Verluste, die der blutige, mörderische Weltkrieg unserer Volkskraft verursacht hat, auszugleichen. Dazu wird es dienen, wenn man hilft, die armen Krüppel zu heilen und in ihnen der bürgerlichen Gesellschaft neue nützliche Mitglieder zuzuführen. Das Abgeordnetenhaus möge deshalb dem Antrage Hinzmann ungeteilte Zustimmung geben. (Bravo links.)

Nach einigen persönlichen Bemerkungen der Abgeordneten Dr. Faßbender und Dr. Mugdan wird der Haushalt des Medizinalwesens und der Antrag Hinzmann betr. Krüppelfürsorge fast einstimmig angenommen. Schließlich wird auch der Antrag des Abg. Braun u. Genossen, der die Petition von Dr. Dreuw, soweit diese Einsetzung einer paritätischen Kommission wünscht, der Staatsregierung zur Erwägung überweisen will, mit Mehrheit angenommen, wodurch sich der auf Uebergang zur Tagesordnung lautende Kommissionsantrag erledigt.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Vom Stillen in der Kriegszeit. Von Dr. Steinhardt. Münchener med. Wochenschrift; 1917, Nr. 29.

1. Die Stillfähigkeit der Mütter war trotz Knappheit der Lebensmittel gleich gut wie im Frieden, manche Frauen stillten sogar auffallend gut, viele noch besser als im Frieden.
2. Die Stilldauer im Kriege währt zwar nicht bei allen, aber bei den meisten Frauen länger als im Frieden.
3. Eine Schädigung der stillenden Mütter durch die Kriegskost fand, wie die Wägungen dartun, nicht statt.

Dr. Graßl-Kempten.

Einfluß des Krieges auf die Säuglingsfürsorge und Säuglingssterblichkeit in Belgien. Von Prof. Dr. Noeggerath-Freiburg i. B. Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; Bd. 9, H. 9—11.

Ganz gegen die Voraussetzungen, von der aus diese Untersuchungen begonnen wurden, kommen in dem vom Kriege durchzogenen und nunmehr okkupierten Lande — als Maß des Wohlergehens gerade der ärmsten Bevölkerungsschichten — Säuglingsfürsorge und Säuglingssterblichkeit den Verhältnissen des Friedens gleich, wenn sie diese nicht — und zwar stellenweise sehr erheblich — sogar übertreffen.

Dr. Wolf-Hanau.

Mütter- und Säuglingsschutzinstitut in Budapest.

Nach einer Mitteilung des „Neuen Wiener Tageblattes“ hat das Magnatenhausmitglied Weiß zur Errichtung eines Mutter- und Säuglingsschutzinstituts in Budapest, in dessen Rahmen auch ein Fortbildungskurs für Aerzte in der Kinderheilkunde abgehalten werden soll, 2000000 Kronen gespendet. Kaiserin Zita, deren Namen das Institut führen soll, wird um Uebernahme des Protektorates gebeten werden.

Referent, der bekanntlich mehrfach den Um- und Ausbau des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses auch zur Bekämpfung der **Muttersterblichkeit** empfohlen hatte, fand mit seiner Meinung den Widerspruch eines Kinderarztes, der an Kraftausdrücke gewöhnt, gar von einem „grotesken“ Vorschlage sprach. In Ungarn scheinen die Menschen anders zu denken, als jener Kinderarzt und belehren diesen zu gleicher Zeit durch die Tat: Si tacuisses, philosophus mansisses.

Dr. Rissmann-Osnabrück.

Richtlinien für die Errichtung und den Betrieb einer Krippe. Von Dr. Rott-Berlin. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und prakt. Medizin; Jahrgang 25, Nr. 19 und 20 vom 13. und 27. September 1917.

Rott spricht zunächst von den Aufgaben der Krippen, die er einmal als allgemein soziale und zum anderen als hygienische bezeichnet. Er läßt sich sodann aus über die Notwendigkeit, Krippen zu errichten und über ihre Lage; denn nur, wenn sie mühelos in Anspruch genommen werden, werden sie den beabsichtigten Erfolg haben.

Denjenigen, die ein Interesse an der Heranziehung der Frauen zur Arbeit, aber auch ein Interesse an der umfassenden Fürsorge für Frauen und für Kinder haben, wird die Errichtung einer Krippe am meisten am Herzen liegen.

Mehr als 40 Kinder in einer Krippe unterzubringen ist nicht empfehlenswert; ihre innere Einrichtung muß den hygienischen Anforderungen entsprechen. Der Betrieb der Krippe muß sich nach der Arbeitszeit der Mütter richten; gegebenenfalls ist auch Nachtbetrieb einzurichten. Jede Mutter muß ein Pflegegeld zahlen, wenn dasselbe auch nur 30—40 Pfennig beträgt. Die Mütter dürfen die eigentlichen Krippenräume nicht betreten, um Einschleppung von Krankheiten und dergleichen zu verhindern.

Verfasser behandelt dann den ärztlichen Dienst und die pflegerische Versorgung, ferner die Ernährung der Säuglinge und Kleinkinder und schließlich die Kosten und die Verwaltung. Die Kosten sollen aufgebracht werden durch Pflegegelder, Subventionen von Fabriken und Gemeinden, durch Mitgliederbeiträge, durch Spenden, durch Zuwendungen und Geschenke aller Art.

Als Anhang bespricht Rott die Stillkrippen, in denen Arbeiterinnen Gelegenheit gegeben ist, ihren Kindern auch während der Arbeit die Brust zu reichen und das Kind während der Arbeitszeit zu verpflegen. Hier ist von Wichtigkeit die Forderung, daß die Fabrikleitung, die in der Regel der Träger der Organisation sein muß, der Mutter während der Arbeitszeit entsprechend oft eine Stillpause von etwa $^1/_2$ Stunde gewährt, ohne daß dieses auf den Lohn verrechnet wird. Dr. Hoffmann-Berlin.

Die Ausbildung der Lehrerinnen für den Unterricht in der Kinderpflege. Von Arthur Schlossmann-Düsseldorf. Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz; Juli—August 1917.

Zu dem Vorschlage Langsteins, die Lehrerinnen in 8—14 Tagen auszubilden, meint Schl., daß man den Schein des Wissens in solcher Pressearbeit übermitteln könne, wirkliches Wissen aber nicht. Schl. fordert 3 bis 4 Monate. — Da die Frage noch so wenig geklärt ist, wäre es doch besser in der Praxis noch keine Versuche zu machen (der Re.) Dr. Rissmann-Osnabrück.

---

2. Soziale Hygiene.

Die Kulturarbeit der Frau im neuen Deutschland. Von Dr. Marie Bernags-Mannheim. Archiv für Frauenkunde und Eugenetik; III. Band, Heft 3 und 4.

Dem Krieg und Kapitalismus ist das Einzelleben gleichgültig, beide bedürfen des Gegengewichtes der sozialen Fürsorge, die die körperliche, wirtschaftliche und moralische Erhaltung jedes einzelnen Volksgenossen zum Ziel des Strebens macht. Wir werden dies Ziel um so sicherer erreichen, wenn wir, statt zu viele Mädchen in die akademische Laufbahn zu drängen, vielmehr unser Augenmerk darauf richten, weniger kostspielige Berufsausbildungen so zu vergeistigen, daß sie zu einer beglückenden Bedarfsausbildung führen. Für alle erzieherischen und pfleglichen Berufe läßt sich dieser Vorschlag verwirklichen, für eine Reihe vom sozialen und sozialpädagogischen Berufe ist diese Aufgabe schon mit gutem Erfolg in Angriff genommen.

Dr. Rissmann-Osnabrück.

Die Kinderehe in Indien und ihr eugenetischer Einfluß. Von H. Fehlinger-München. Archiv für Frauenkunde und Eugenetik; Band III, Heft 3 und 4.

In eugenetischer Beziehung ist die Kinderehe schädlich. Durch den allzu frühen Geschlechtsverkehr und das Eintreten der ersten Geburten zu einer Zeit, da der Körper noch nicht vollkommen entwickelt ist, werden Gesundheit und Leben der jungen Mutter schwer bedroht. Ein beträchtlicher Teil der zeugungsfähigen Frauen ist durch das Verbot der Wiederverheiratung der

Witwen von der Fortpflanzung ausgeschlossen. Die Aufhebung der freien geschlechtlichen Gattenwahl hindert auch die Hochzucht körperlicher und geistiger Vorzüge. Hinzu kommt die Erniedrigung der Stellung der Frau, die bei den Hindus mitverantwortlich ist an dem Stillstande der Kultur.

Dr. Rissmann-Osnabrück.

Besprechungen.

Hermann Werner Siemens: Die biologischen Grundlagen der Rassenhygiene und der Bevölkerungspolitik. München 1917. Verlag von J. F. Lehmann.

Die Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene in München verschickt an ihre Mitglieder das kleine Büchchen, das auch käuflich zu erhalten ist. Die Gesellschaft erklärt in einer Beilage, daß die Besserung der Rasse durch Bekämpfung des Alkoholmißbrauches, der Syphilis und anderer Rassengifte besser betont sein sollte. Dem ist beizustimmen. Das Büchlein enthält alles Wissenswerte und ist auch dem Laien vollständig verständlich. Bei der Bedeutung der Rassenbiologie und der Rassenhygiene für das deutsche Volk ist die Abhandlung dem Anfänger in dieser Wissenschaft dringend zu empfehlen.

Dr. Graßl-Kempten.

Verwaltungsbericht des Vorstandes der Landesversicherungsanstalt Schwaben 1916.

Der Bericht gibt dem als Vertrauensarzt in der Regel verwendeten Verwaltungsarzt Anhaltspunkte für die Begutachtung. Infolge der Kriegsverhältnisse gingen die Einnahmen von 2 637 879 M. des Jahres 1913 auf 2 114 256 M. des Jahres 1916 zurück, fielen also rund um 20 %. Während sonst die Frauen in den jüngeren Jahren die Mehrzahl der Rentenbewerber stellten, ist es jetzt umgekehrt. Es erhielten Renten in einem Alter unter 45 Jahren 853 Männer, 257 Frauen. Die Mehrausgaben betrugen rund 600 000 M.

Dr. Graßl-Kempten.

Dr. Ekstein in Teplitz: **Oesterreichischer Hebammen-Kalender 1918.**

Der Kalender enthält einen kurzen Artikel Wertheims über den kriminellen Abort nebst Bild des Verfassers. Die übrige Anordnung ist wie früher geblieben. Ein Beiheft soll den Hebammen als Tagebuch dienen.

Dr. Rissmann-Osnabrück.

Tagesnachrichten.

Der Herausgeber dieser Zeitschrift hat nachfolgende **Petition betreffend weitere Um- und Ausgestaltung des preußischen öffentlichen Gesundheitswesens, insbesondere um Errichtung eines Ministeriums für Volksgesundheit, Hebung der Stellung der Reg.- und Med.-Räte, Vollbesoldung aller Kreisärzte und Schaffung von Kreisgesundheitsämtern an das Preußische Abgeordnetenhaus** gerichtet:

„Minden i. W., den 9. März 1918.

Die öffentliche Gesundheit bildet die Grundlage, auf der die Macht eines Staates, das Glück seines Volkes beruht. Ein Staat, in dem Industrie und Handel, Handwerk und Landwirtschaft, Kunst und Wissenschaft zur größten Blüte gelangt sind, muß trotz der Klugheit und Arbeitsamkeit seiner Bürger, trotz der ihm infolge seines Wohlstandes zur Verfügung stehenden reichen Mittel zu Grunde gehen, wenn seine Bevölkerung stehen bleibt und von Jahr zu Jahr an Lebenskraft abnimmt. Deshalb ist auch die Sorge für die Volksgesundheit eine der wichtigsten Aufgaben des Staates; diese Aufgabe ist aber gerade jetzt um so wichtiger und bedeutungsvoller, als dem Staate nicht nur während des Krieges, sondern vor allem auch nach dessen Beendigung die Pflicht obliegt, die unermeßlichen Schäden und Wunden, die dieser auf dem Gebiete der Volksgesundheit verursacht hat, wieder zu beseitigen und auszuheilen. Alles dies läßt sich aber nur erreichen, wenn in allen Instanzen die erforderlichen mit entsprechender Selbständigkeit, Machtbefugnis, Verantwortlichkeit und den notwendigen Mitteln ausgestatteten Behörden vorhanden sind, um unter Zusammenfassung aller beteiligten Kreise

und unter Vermeidung jeder Zersplitterung mit fester Hand und in großzügiger Weise die dazu nötigen Maßnahmen auch wirklich durchführen zu können.

Obwohl das preußische Gesundheitswesen in den beiden letzten Jahrzehnten ganz außerordentliche Verbesserungen erfahren und vor allem durch das Kreisarztgesetz vom 16. September 1899 und die dazu gehörige Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901, jetzt vom 1. September 1909, eine Grundlage erhalten hat, auf der mit bestem Erfolg weiter gearbeitet werden kann, so entspricht es doch nicht denjenigen Anforderungen, die jetzt in wesentlich erhöhtem Maße vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege aus in dieser Hinsicht an den Staat gestellt werden müssen. Dies ist mehr oder weniger auch von dem Herrn Minister des Innern am 1. d. M. bei Gelegenheit der Beratung des Haushaltsplans für das Medizinalwesen durch die Worte anerkannt:

„Das Gebiet der Gesundheitspflege, das der Medizinalabteilung überwiesen ist, ist außerordentlich groß. Die menschliche Gesellschaft ist gewissermaßen wie ein Wald, der aus einzelnen Pflanzen besteht: der ganze Wald kann nur gedeihen, wenn die einzelnen Pflanzen, die einzelnen Bäume gesund sind; davon hängt am Ende unsere ganze Volkskraft, ihre Betätigung und die Macht und die Entwicklung unserer Wirtschaft und unseres Staates ab. Der Schutz der einzelnen Pflanzen dieses Waldes und ihres Wohlergehens liegt in den Händen der Medizinalverwaltung. Ihre Verantwortung ist zweifellos sehr groß und schwer, das Personal der Medizinalverwaltung ist demgegenüber relativ gering. Die Anzahl der Kreisärzte und die wenigen Regierungs- und Medizinalräte verschwinden gegenüber der riesigen Aufgabe. Ich bin mir deshalb voll bewußt, daß wir diese Aufgabe nur lösen können, wenn wir vertrauensvoll mit der gesamten Aerzteschaft zusammenarbeiten, und ich möchte betonen, daß ich auf diese vertrauensvolle Beziehung zur gesamten Aerzteschaft ausschlaggebendes Gewicht lege."

Langjährige Erfahrung lehrt jedoch, daß auf die äußerst wertvolle Mitwirkung der Aerzteschaft auf gesundheitlichem Gebiete nur dann mit Sicherheit zu rechnen ist, wenn der staatliche Gesundheitsbeamte, der **Kreisarzt**, als Konkurrent der Aerzte ausscheidet und nicht mehr ausnahmsweise wie bisher, sondern in allen Kreisen als vollbesoldeter Beamter unter Verbot der Privatpraxis angestellt wird. Nur ein von der ärztlichen Tätigkeit losgelöster unabhängiger Gesundheitsbeamter, der sich den ihm obliegenden außerordentlich umfangreichen und die volle Arbeitskraft eines Beamten verlangenden Aufgaben ganz widmen kann, ist in der Lage, diesen Aufgaben gerecht zu werden, besonders wenn ihm durch Errichtung von **Kreisgesundheitsämtern**, die unter seiner Leitung stehen müssen, die erforderlichen Hilfskräfte zur Verfügung gestellt werden, wie dies in den beigefügten Abhandlungen[1]) vorgeschlagen wird. Die Durchführung der hier gemachten Vorschläge ist gerade jetzt um so notwendiger, als das Allgemeinwohl unbedingt eine wirksamere Ausgestaltung der gesundheitlichen und sozialen Fürsorge im Kreise verlangt, die nur dann erreicht werden kann, wenn alle Fäden in einer Hand zusammenlaufen und das von dem Kreisarzt geleitete Kreisgesundheitsamt den Mittelpunkt für alle Fürsorgebestrebungen auf dem Gebiete der Säuglingspflege, des Haltekinderwesens, der Kleinkinder-, Schulkinder- und Jugendfürsorge, der Bekämpfung der Seuchen, insbesondere Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten, der Trinkerfürsorge, Wohnungsfürsorge usw. bildet.

Notwendig ist ferner eine Hebung und Aufbesserung der Stellung der **Regierungs- und Medizinalräte**, wie dies gleichfalls in dem anliegenden Sonderabdruck näher ausgeführt ist, Vor allem bedarf es aber einer weiteren Umgestaltung der Zentralinstanz und zwar in der Weise, daß in Preußen ebenso, wie solches in dem mit uns verbündeten Kaiserreich Oesterreich vor kurzem geschehen ist, ein besonderes **Ministerium für Volksgesundheit** ein-

[1]) Der Petition ist ein Sonderabdruck der in Nr. 4 dieser Zeitschrift veröffentlichten Abhandlungen von Ascher, Sorge und dem Herausgeber beigefügt.

gerichtet wird. Wenn auch unter der jetzigen Medizinalverwaltung, namentlich seitdem ihre Ueberweisung an das Ministerium des Innern erfolgt und ein Fachmann an ihre Spitze gestellt ist, das preußische Gesundheitswesen im Gegensatz zu früher eine höchst gedeihliche Entwicklung genommen hat, so würde diese sicherlich in noch viel höherem Maße unter einem eigenen Ministerium für Volksgesundheit dar Fall gewesen sein. Die Schaffung eines solchen ist aber um so notwendiger, da seine Aufgaben infolge des Krieges ganz außerordentlich gewachsen sind, und noch weiter wachsen werden. Es braucht in dieser Beziehung nur auf das große Arbeitsgebiet des neuen Ministeriums für Volksgesundheit in Oesterreich hingewiesen zu werden (s S. 10 und 11 der Anlage), das mehr oder weniger auch für den größten Bundesstaat im Deutschen Reiche zutrifft. Mit Rücksicht auf den außerordentlichen Menschenverlust und den leider stetig wachsenden Geburtenrückgang muß mit allen Kräften und Mitteln dahin gestrebt werden, unsere ganze Volkskraft und damit auch unsere Wehrkraft nicht nur zu erhalten, sondern auch wieder nach jeder Richtung hin zu heben, die Ergebnisse der Wissenschaft wie der praktischen Erfahrungen zum Besten der Volksgesundheit nutzbar zu machen und alle Bestrebungen in dieser Hinsicht zum Heil und Segen unseres Staates und unseres Volkes zu vereinigen, ein Ziel, das nur durch Schaffung eines solchen Ministeriums mit Sicherheit erreicht werden kann.

Das Haus der Abgeordneten wolle deshalb beschließen,

die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, für eine den gesteigerten gesundheitlichen Aufgaben entsprechende weitere Um- und Ausgestaltung des preußischen Gesundheitswesen zu sorgen, insbesondere für

Errichtung eines Ministeriums für Volksgesundheit,
Hebung der Stellung der Reg.- und Medizinalräte,
Vollbesoldung aller Kreisärzte und Schaffung von Kreisgesundheitsämtern."

Die preußischen Medizinalbeamten werden es gewiß mit großer Freude und besonderer Genugtuung begrüßen, daß der **bevölkerungspolitische Ausschuß des Abgeordnetenhauses** in seiner Sitzung vom 14. d. M. nach sehr interessanten Ausführungen des Herrn Ministerialdirektors Prof. Dr. Kirchner einstimmig beschlossen hat, die Regierung zu ersuchen:

1. mit der Einstellung vollbesoldeter Kreisärzte schneller vorzugehen und
2. Kreisgesundheitsämter einzurichten.

Herr Ministerialdirektor Dr. Kirchner teilt dabei mit, daß der Herr Minister des Innern mit dem Herrn Finanzminister über eine schnellere Vermehrung der vollbesoldeten Kreisarztstellen bereits eingehend verhandelt habe und daß die Errichtung von Kreisgesundheitsämtern dem Plenum der Regierung entspreche. Auch die Vertreter der konservativen Partei haben sich erfreulicherweise nach anfänglichen Einwendungen mit der Vermehrung der vollbesoldeten Kreisarztstellen einverstanden erklärt.

Die von der Reichsregierung geforderte Stelle eines **medizinisch-technischen vortragenden Rates im Reichsamt des Innern** ist vom Haushaltsausschuß trotz warmer Befürwortung durch den Staatssekretär des Innern hauptsächlich aus Sparsamkeitsrücksichten abgelehnt. Die höchst bedauerliche Ablehnung wird voraussichtlich im Plenum wieder rückgängig gemacht werden; sie zeigt aber am besten, daß man im Reichstage scheinbar für die gesundheitlichen Aufgaben weniger Verständnis hat, als im preußischen Landtage, der durch den vorstehenden Beschluß des Ausschusses für Bevölkerungspolitik in dieser Hinsicht ein nachahmenswertes Beispiel gegeben hat.

Die **Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** findet am 27. März d. J. in Berlin (Kaiserin Friedrich-Haus) statt. Auf der Tagesordnung stehen: Das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (Berichterstatter: Reichstagsabgeordneter Dr. Struwe) und Neue Wege der Prostituiertenfürsorge (Berichterstatter: Landrichter Bozi-Bielefeld).

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. L. Dr. Eller, prakt. Arzt in Grünstadt (Pfalz), staatsärztlich geprüft.

Stabsarzt d. R. u. Regt.-Arzt Dr. Heimbucher, Kreisarzt in Liebenwerda.

Oberstabsarzt d. L. Geh. Med.-Rat Dr. Ilberg, Direktor der Landesanstalt Sommerstein bei Dresden.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande:

Kreisarzt Dr. Reckmann in Geldern.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Prof. Dr. Gebhardt-Halle a. S. (gestorben infolge von Krankheit).

San.-Rat Dr. Weissmann aus Glatz, Kreisarzt in Olita (an Fleckfieber gestorben).

Laut Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 7. März d. J. wird die **Sommerzeit** wieder für die Zeit vom 15. April bis 16. September d. J. eingeführt.

Seit dem ersten Januar d. J. erscheint in dem Verlage von Julius Springer-Berlin eine neue illustrierte Monatsschrift „**Die Schwester**“, die von Dr. Paul Mollenhauer und der Oberin Else Hilliger herausgegeben wird. Berufsfortbildung aller Schwestern, ohne Unterschied der Konfession, auf dem gesamten Gebiete der Krankenpflege, eingehende Weiterbildung in der Arbeit, Kenntnis der hygienischen Einrichtungen und Verstehen der Forderungen für Volksgesundheit, das sind die Aufgaben, die sich die Wochenschrift gestellt hat. Der Bezugspreis beträgt 6 Mark für das Jahr.

Aufruf!

Während im Osten die Morgenröte des Friedens heraufdämmert, wollen unsere verblendeten westlichen Gegner die Hand zum Frieden noch nicht reichen. Sie wähnen noch immer, uns mit Waffengewalt zu Boden ringen zu können. Sie werden erkennen müssen, daß das deutsche Schwert die alte Schärfe besitzt, daß unser braves Heer unwiderstehlich im Angriff, unerschütterlich in der Verteidigung, niemals geschlagen werden kann. Von neuem ruft das Vaterland und fordert die Mittel von uns, die Schlagfertigkeit des Heeres auf der bisherigen stolzen Höhe zu halten. Wenn alle helfen, Stadt und Land, reich und arm, groß und klein, dann wird auch die **8. Kriegsanleihe** sich würdig den bisherigen Geldsiegen anreihen, dann wird sie wiederum werden zu einer echten rechten deutschen Volksanleihe.

Mitteilung.

Mit Rücksicht auf den Umfang der heutigen Nummer ist die Beilage „Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung“ diesmal nicht beigefügt, sondern wird mit der nächsten Nummer als Doppelnummer herausgegeben werden.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rat im Ministerium des Innern in Berlin, Geh. Med.-Rat Dr. Schlechtendal, Reg.- u. Med.-Rat in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lesser in Berlin, Oberregierungsrat Fehsenmeier in Karlsruhe, Geh. Baurat Soldau, vortragender Rat im Ministerium für öffentliche Arbeiten in Berlin, Oberbürgermeister Koch in Cassel, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Neufeld, Direktor des Instituts für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kolle, Direktor des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. — Kreisassistenzarzt Dr. Zimdars in Strasburg i. Westpr. zum Kreisarzt daselbst; Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Warnekros in Berlin zum zahnärztlichen Hilfsarbeiter in der Med.-Abteilung des Ministeriums des Innern; Stabsarzt d. L. Dr. Arnold Reischauer, z. Z. im Felde, zum Kreisassistenzarzt beim Kreisarzt des Stadtkreises Stettin.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Neumann in Königsberg i. Pr.

Königreich Bayern.

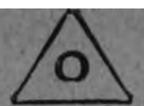
Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines Geheimen Hofrates: dem Professor Dr. Bredinger in Würzburg.

Grossherzogtum Baden.

Ernannt: Privatdozent Dr. Schelble in Freiburg i. Br. zum außerordentlichen Professor.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt: San.-Rat Dr. Toelle in Sondershausen zum Kreisarzt der Schwarzburg-Sondershauser Oberherrschaft mit dem Wohnsitz in Arnstadt unter Verleihung des Charakters als Medizinalrat.

31. Jahrgang; Nr. 7.  Ausgegeben am 5. April 1918.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinender Beiheft:

Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.

Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.

Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 6/7 am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Geh. Med.-Rat: dem ordentl. Professor Dr. Ballowitz in Münster i. W.; — der Titel Professor: dem Privatdozenten Dr. Ringleb in Berlin.

Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung: des Hamburgischen Hanseatenkreuzes: dem Ministerialdirektor Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner in Berlin.

Ernannt: Stadtassistenzarzt Dr. Ebner-Kiel zum Kreisarzt in Falkenberg O.-Schl.; Kreisassistenzarzt San.-Rat Dr. Brieger in Kosel zum Kreisarzt nach Landeshut; der Arzt Dr. W. Klimm in Landeshut i. Schl. zum Kreisassistenzarzt in Rothenburg a. Fulda; der Privatdozent Dr. Hoehne in Kiel zum ordentlichen Professor und Direktor der Universitäts-Frauenklinik in Greifswald.

Versetzt: Die Kreisärzte Dr. Hüttig-Berlin in die Kreisarztstelle des Stadtkreises Berlin-Schöneberg, Dr. Grimm-Beiskow nach Berlin, Dr. Bethge-Fraustadt nach Duisburg, Dr. Mohr-Strasburg (Westpr.) nach Fraustadt, Dr. Woda-Lingen nach Pyritz.

Uebertragen: dem Kreisarzt Med.-Rat Dr. Eschricht-Berlin-Wilmersdorf die von dem Stadtkreis Berlin-Schöneberg abgezweigte Kreisarztstelle des Stadtkreises Berlin-Wilmersdorf.

Aus dem Staatsdienst auf eigenes Ansuchen ausgetreten: Kreisassistenzarzt Dr. Zenker in Kattowitz.

(Fortsetzung der Personalien auf der letzten Seite des Umschlags.)

31. Jahrg. Zeitschrift 1918.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 7.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. April.

Die Fleckfieberepidemie in B., einer Stadt des besetzten Ostens.

Von Kreisarzt Dr. Ernst, zurzeit im Felde als Stabsarzt, Medizinalreferent einer Militärverwaltung und Kreisarzt.

Der erste Fleckfieberfall nach der Besetzung der Stadt B. wurde von einem deutschen Militärarzt am 15. Januar 1916 gemeldet. Zufällig an demselben Tage hatte man begonnen, alle Typhus- und Typhusverdachtskranken in einem großen Seuchenkrankenhause wirksam abzusondern, weil die seit Monaten in der Stadt bestehende Typhusepidemie nicht zum Erlöschen kommen wollte, sondern vielmehr Ende Dezember 1915 und Anfang Januar 1916 nach den eingegangenen Meldungen stärker um sich gegriffen hatte.

Bei der Untersuchung der typhus- und typhusverdachtskranken Zivileinwohner gelegentlich ihrer Aufnahme in das Seuchenkrankenhaus, das militärischer Leitung unterstand, stellte es sich nun heraus, daß eine nicht geringe Zahl von ihnen Fleckfieber hatte, ja sich zum Teil schon in Fleckfieberrekonvaleszenz befand. Der Beginn der Fleckfieberepidemie

fiel also nicht mit dem Meldetag der ersten angezeigten Erkrankung zusammen, reichte vielmehr nach den Feststellungen bis in den Monat Dezember zurück und zwar in die Zeit, in der die Meldungen von Typhuserkrankungen plötzlich zugenommen hatten. Mit anderen Worten, das Fleckfieber war zunächst unter der Flagge des Typhus gesegelt.

Das konnte nicht Wunder nehmen, wenn man bedachte, daß die Krankheitsbilder des Typhus und Fleckfiebers (es sei an die frühere Bezeichnung Flecktyphus oder Hungertyphus erinnert) nicht immer ganz leicht zu trennen sind, daß den wenigen einheimischen Aerzten die Möglichkeit gründlicher Beobachtung fehlte, und daß sie und die Feldschere die Fleckfiebererkrankungen schon in früheren Jahren, wie sich herausstellte, als „atypische Typhusfälle“ angesehen hatten.

Diese falsche Beurteilung der Fleckfieberfälle durch das einheimische Heilpersonal erklärte es, warum nach dem 15. Januar 1916 die einzelnen Fleckfieberfälle aus den verschiedensten Teilen der Stadt stammten und einen Zusammenhang untereinander vermissen ließen; die Seuche war eben tatsächlich schon ausgebreitet, ehe sie richtig erkannt wurde.

Unter diesen Umständen war es schwer, die Frage zu beantworten, ob das Fleckfieber in die Stadt eingeschleppt worden war, oder ob es sich, ursprünglich endemisch, durch besondere günstige Bedingungen zu einer Epidemie entwickelt hatte. Ich möchte letzteres annehmen, weil ein erfahrener einheimischer Arzt erklärte, er habe schon öfter in den letzten Jahren in der Stadt ähnliche Epidemien atypischer Typhusfälle gesehen und weil das graphische Bild der Epidemie ähnlich dem einer Kinderkrankheit, etwa des Scharlachs, war, also das charakteristische Aussehen ansteckender Krankheiten an ihren endemischen Herden zeigte. Ich erinnere an die Nachweise, die Koch und seine Schüler über das Gesamtbild von Malaria und Typhus in ihren endemischen Herden erbrachten.

Die Ursachen dafür, daß es in B. zur Bildung einer Epidemie kam, lag vielleicht darin, daß in der kalten Jahreszeit für die Kleiderläuse oder die eigentlichen Krankheitserreger selbst die Lebensbedingungen besonders günstig sind. Zu diesen günstigeren Lebensbedingungen möchte ich das engere Zusammenleben besonders der verlausten, armen Stadtbevölkerung bei mangelhafter Bewegung im Freien rechnen, die damit Hand in Hand gehende zunehmende Verschmutzung der überfüllten und dunkelen Wohnungen bei ungenügender Lüftung und die Herabsetzung der Widerstandskraft des Einzelnen gegen Infektionen überhaupt, Momente, die freilich in jedem Winter, besonders aber in einem Kriegswinter, Geltung haben. Für diese Annahme spricht auch die diesjährige Erfahrung, da auch jetzt mit dem Beginn der kalten Jahreszeit das Fleckfieber wieder überall aufflackerte.

Dem Gedanken, daß es sich damals in B. um eine epidemische Ausbreitung einer Endemie handelte, widerspricht nicht

die Tatsache, daß in zwei Fällen, deren Erkrankungsbeginn in die erste Hälfte des Januar fiel, der Ort der Infektion mit Sicherheit außerhalb der Stadt ermittelt werden konnte. In dem einen Falle handelte es sich um ein Mädchen, das erst zwei Tage vor dem Einsetzen deutlicher Krankheitszeichen zugezogen war, in dem anderen um einen Arbeiter, der in der Zeit der Inkubation in einem verlausten Quartier außerhalb der Stadt mit Arbeitern aus W., wo auch Fleckfieber herrschte, zusammen gewohnt hatte. Die beiden Erkrankungen konnten die Einschleppung der Seuche nach B. schon deshalb nicht beweisen, weil sorgfältigste Ermittelungen nicht den geringsten Anhalt dafür boten, daß sich an sie neue Fälle angeschlossen hätten und weil vor ihnen bereits Fleckfieberfälle vorhanden waren.

Mochte man nun der Ansicht zuneigen, daß das Fleckfieber damals auf einem Wege, der sich nur nicht ermitteln ließ, nach B. eingeschleppt worden war, oder daß es sich um eine zur Epidemie gewordene Endemie handelte, das Wesentliche für die Bekämpfung der Seuche lag darin, daß fast gleichzeitig Meldungen über Erkrankungen aus den verschiedensten Stadtteilen eingingen. Dadurch war die Lage von vornherein ernst, erstens, weil die Aussichten auf schnelle, erfolgreiche Bekämpfung des Fleckfiebers ungünstige sein mußten und zweitens, weil das deutsche Militär überall in der Stadt verstreut einquartiert war.

Natürlich wurden zunächst in jedem neu angemeldeten Falle die Ermittelungen über die Infektionsquellen an Ort und Stelle fortgesetzt; sie führten aber selten zu einem wertvollen Ergebnis, weil die Bevölkerung ängstliche Zurückhaltung oder Gleichgültigkeit zeigte und weil die Umgebung des Kranken bei völligem Mangel an Verständnis häufig falsche oder gar keine Angaben machte. Die Ermittelungen wurden daher später eingestellt; es war auch schließlich viel wichtiger, alle Kraft und Zeit auf die Durchführung energischer Maßnahmen zur Bekämpfung der Epidemie zu verwenden.

Die umfassenden und weitausschauenden Vorkehrungen, die in dem erwähnten, einem Militärlazarett angegliederten und unterstellten Seuchenkrankenhaus getroffen waren, um alle Typhus- und Typhusverdachtskranken aufnehmen zu können, ermöglichten es, sofort, als die Seuche richtig erkannt war, auch die Absonderung aller Fleckfieberfälle mit den Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen durchzuführen.

Dabei wurde in jedem einzelnen Falle so verfahren: Nach Eingang einer verdächtigen Meldung wurden die betreffenden Kranken bezw. Krankheitsverdächtigen sofort durch ein Seuchenauto in das Seuchenkrankenhaus geschafft, die Angehörigen geschlossen unter polizeilicher Aufsicht in die Schutzsperre geführt, die betreffenden Wohnungen desinfiziert und geschlossen und die Häuser durch Bürgerpolizisten für jeden Verkehr bis

nach Ablauf von 21 Tagen, falls nach Mitteilung des Seuchenkrankenhauses tatsächlich Fleckfieber vorlag, gesperrt.

Obwohl die Durchführung dieser Maßnahmen dauernd durch Militärärzte und Militärpatrouillen beaufsichtigt wurde, brachten sie doch nicht gleich einen Erfolg, der in einer Abnahme der Erkrankungen zum Ausdruck gekommen wäre.

Der Grund hierfür lag zunächst darin, daß das Fleckfieber schon weit verbreitet war, ehe es richtig erkannt wurde, und darin, daß der einzelne Kranke bei der Leichtigkeit der Uebertragung der Erkrankung unter der stark verlausten und in engem, regem Verkehr untereinander stehenden Bevölkerung schon weitere Infektionen verursacht hatte, ehe er abgesondert werden konnte. Es mußte also etwas geschehen, das zu frühzeitigerer, richtigerer Beurteilung der Seuche und zu schnellerer Absonderung der Erkrankten führen konnte.

Zu diesem Zwecke wurde zunächst ein besonderes Merkblatt über Fleckfieber zur Kenntnis jeder einzelnen Medizinalperson und durch Maueranschläge zur allgemeinen Kenntnis der Bevölkerung gebracht. Ferner wurde die Meldepflicht auf alle unbestimmten fieberhaften Erkrankungen (als Seuchenverdachtsfälle) ausgedehnt und schließlich wurden bei allen Typhus-, Typhusverdachts- und Seuchenverdachtsfällen, hinter denen sich weitaus die Mehrzahl der Fleckfieberfälle verbarg, dieselben Maßnahmen durchgeführt, wie bei Fleckfiebermeldungen.

Hierdurch wurde in der Tat erreicht, daß die Verdachtsmeldungen häufiger wurden; es kamen auf diese Weise auch Kranke frühzeitiger zur wirksamen Absonderung. Dann aber wurde auch unter den in Schutzsperre befindlichen Angehörigen von Personen, die als Typhus-, Typhusverdachts- oder Seuchenverdachtskranke gemeldet waren, Fleckfieber festgestellt. Es wurde also durch diese Maßnahmen eine größere Beachtung der Seuchengefahr bei den Meldepflichtigen und eine Einengung der Ansteckungsquellen in der Stadt erreicht.

Wenn aber trotzdem noch immer nicht alle Fleckfiebererkrankungen zur Kenntnis der zuständigen Stelle kamen und in der Hälfte aller gemeldeten Fälle noch sechs und mehr Tage zwischen dem Beginn der Erkrankung und der Ueberführung der Betreffenden in das Seuchenkrankenhaus vergingen, so hatte dies seine Ursache weniger in der mangelhaften Diagnostik und ungenügenden Erfüllung der Meldepflicht als vielmehr darin, daß die Bevölkerung durch die strengen Maßnahmen, denen sie verständnislos gegenüberstand, eingeschüchtert war und die Kranken zu verbergen suchte. Schließlich war sie auch infolge größter Armut nicht immer in der Lage, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen; die Erkrankungen wurden also nicht angezeigt.

Um nun möglichst zu verhindern, daß Seuchenkranke, aus welchen Gründen auch immer, längere Zeit in ihren Wohnungen blieben, ehe sie wirksam abgesondert werden konnten, wurden 3 Krankensuchtrupps gebildet und angesetzt. Sie er-

hielten neben der Prüfung der Sauberkeit und der Erfüllung der Anzeigepflicht die Aufgabe, alle Wohnungen zu durchsuchen und alle seuchenverdächtigen Kranken sofort zur Anzeige zu bringen, damit deren Ueberführung in das Seuchenkrankenhaus in die Wege geleitet werden konnte. Jeder dieser Krankensuchtrupps bestand aus einem Militärarzt, einem freiwilligen Krankenpfleger, zwei Militär- und einem Bürgerpolizisten, die sämtlich mit Schutzmänteln und Läuseschutzmitteln ausgerüstet waren.

Die Arbeit dieser Trupps bewährte sich hervorragend, denn es gelang ihnen gleich im Laufe der ersten Woche, sieben Fleckfieberfälle und elf seuchenverdächtige Erkrankungen zu ermitteln.

Eine weitere Ursache für die anfangs geringen Erfolge bei der Bekämpfung der Epidemie trotz wirksamer Absonderung, Desinfektionen und Häusersperrungen war die Schwierigkeit der Häusersperrungen selbst, von der man sich bei jeder Revision überzeugen konnte. Es lag das daran, daß gerade in der Stadtgegend, in der das Fleckfieber besonders heftig auftrat, in dem inneren Judenviertel, in dem 25000 von den zurückgebliebenen 60000 Einwohnern in Schmutz und Armut dicht zusammengedrängt auf einem Sechstel des Stadtterrains wohnten, die Häuser so eng ineinander geschachtelt und unübersichtlich gebaut sind, daß es den Bewohnern eigentlich immer möglich ist, ohne gesehen zu werden, ein und aus zu gehen, also die Sperre hinfällig zu machen.

Ferner zeigten die mit der Durchführung der Sperre beauftragten Posten von Hilfsbürgerpolizisten selten Verständnis für ihre Pflichten, von deren Erfüllung sie noch oft genug durch einige Kopeken abzubringen waren.

Schließlich sah auch die Bevölkerung in den Sperrungen nur eine ärgerliche Behinderung bei der Ausführung von Handelsgeschäften, die ihr so lieb sind wie das Leben; sie empfand diese Maßnahmen daher um so drückender, als die Ernährung der Bewohner gesperrter Häuser durch Feldküchen, die der Stadt zur Verfügung gestellt waren, nicht immer völlig ausreichend sein konnte.

So kam es tatsächlich nicht selten vor, daß Hausbewohner bei drohender Sperre flüchteten und die Kranken allein in der Wohnung zurück ließen oder sich mit ihren Kranken irgendwo versteckten.

Natürlich wurde gegen derartige Personen, deren Unverstand den Kampf gegen das Fleckfieber wirkungslos machen konnte, mit Anzeigen und Strafen vorgegangen; trotzdem trat die erforderliche wesentliche Besserung dieser Zustände nicht ein.

Es mußten also Vorkehrungen getroffen werden, die die Häusersperrungen einschränken oder gar überflüssig machen konnten, d. h. es mußte zu erreichen versucht werden, daß sofort nach der Absonderung der Kranken und ihrer Angehörigen

das ganze Haus desinfiziert und mit seinen Insassen entlaust werden konnte.

Diese Ueberlegung führte alsbald dahin, daß der Bau einer großen Entlausungsanstalt und die Aufstellung und Ausbildung zweier, je 40 Mann starker Desinfektionskolonnen vorgenommen wurde.

Die Entlausungsanstalt wurde wie ein Volksbrausebad für Männer und Frauen eingerichtet mit besonderen Vorkehrungen zur Reinigung der Haare und der mitgebrachten Kleidungsstücke in großen Heißluftkammern und einem Dampfdesinfektionsapparat. Ihre Leistungsfähigkeit genügte allen Anforderungen.

Die Desinfektionskolonnen hatten je einen Dampfdesinfektionsapparat, einen Wagen für die noch nicht desinfizierte und einen für die desinfizierte Wäsche zum Hin- und Herfahren zwischen Haus und Desinfektionsapparat und als militärisches Personal je zwei Militärpolizisten zur Aufsicht und je einen freiwilligen Krankenpfleger zur eigentlichen Leitung. Die Zivilarbeiter waren mit den erforderlichen Geräten, wie Eimer, Besen, Schrubber, Handspritzen für Cresolseifenlösung usw. ausgerüstet.

Die Tätigkeit dieser Kolonnen war in folgender Weise geregelt: Morgens traten sie geschlossen bei ihren Dampfdesinfektionsapparaten an und marschierten von dort zu den ihnen bezeichneten Häusern. Hier wurden alle Einwohner zusammengerufen und von den beiden Militärpolizisten zur Entlausungsanstalt geführt. Nun wurde die gesamte Bettwäsche, die Kleider usw. aus den Wohnungen in Bündeln zusammengeschnürt, auf dem unreinen Wagen zum Desinfektionsapparat gefahren und desinfiziert. Inzwischen wurde die Reinigung aller Räume durch Aufscheuern, Abwaschen aller Gegenstände und Ausspritzen der Fugen und Ecken mit Kresolseifenlösung und nötigenfalls durch Weißen der Wände und Decken vorgenommen. Erst nach beendigter Desinfektion durften dann die in dieser Zeit entlausten Einwohner das Haus wieder betreten und erhielten ihre desinfizierten Sachen auf dem reinen Wagen zurück.

Dank dieser Einrichtung war es schon kaum sechs Wochen nach der ersten Fleckfiebermeldung möglich, an jede erforderliche Absonderung sofort die Desinfektion des gesamten Hauses, aus dem die Isolierten stammten, anzuschließen. Häusersperrungen waren also nur dann noch erforderlich, wenn die Krankheitsmeldung so spät am Nachmittag eintraf, daß die Durchführung der beschriebenen Maßnahmen erst am nächsten Morgen in Frage kommen konnte.

Dies waren die Vorkehrungen in B., die, wenn man so sagen will, die Vernichtung des einzelnen Infektionsherdes zum Ziele hatten.

Mit ihnen konnte man sich aber nicht begnügen.

Da es feststeht, daß Personen, noch ehe sie sich selbst ernstlich krank fühlen, auf andere das Fleckfieber übertragen können, so war es erforderlich, in einer fleckfieberverseuchten

und stark verlausten Stadt, wie es B. war, den nahen Verkehr vieler Personen untereinander einzuschränken. Es wurden also Schulen in großer Zahl und alle Lesehallen geschlossen, die Pockenimpftermine, die gerade abgehalten wurden, aufgehoben; es wäre auch weiter, wenn nötig, zum Verbot von Versammlungen jeder Art, Konzerten, Kinovorstellungen usw. gekommen. Für Militär wurde der Besuch aller Teestuben untersagt und der ganze Stadtteil, in dem hauptsächlich die Erkrankungen vorkamen, gesperrt.

So wertvoll auch alle bisher erwähnten Maßnahmen, die die Vernichtung des einzelnen Infektionsherdes und die Beschränkung der Weiterverbreitung des Fleckfiebers im Auge hatten, waren, sie konnten doch einen vollen Erfolg nicht bringen, wenn es nicht gelang, das Uebel an der Wurzel zu fassen, d. h. die Verlausung der Bevölkerung und ihrer Wohnungen zu beseitigen.

Für den, der sich tagaus, tagein als hygienisch tätiger Arzt mit den Wohnungs- und Lebensverhältnissen gerade der armen Stadtbevölkerung beschäftigt hatte und sich von der weitverbreiteten Scheu vor jeder Sauberkeit, von der Bedürfnislosigkeit in Bezug auf Reinlichkeit und jeden Komfort und von der enormen Verlausung der Mehrzahl der Häuser und ihrer Insassen immer wieder überzeugen mußte, war es jedoch klar, daß in absehbarer Zeit nur eine Besserung der Zustände erreicht werden konnte. Er mußte sich sagen, daß die Ueberleitung der Verhältnisse in B. etwa in deutsche eine Aufgabe war, deren Lösung Jahrzehnte intensivster Arbeit erforderte und erst möglich werden konnte, wenn bau- und sanitätspolizeiliche Vorschriften nicht nur erlassen sein, sondern auch von der Bevölkerung mit anzuerziehendem Verständnis und gutem Willen befolgt werden würden.

Da aber schon die kleinste Besserung der Zustände, jeder Schritt vorwärts im Kampfe gegen die Läuseplage dem Fleckfieber Boden für seine weitere Verbreitung abgewinnen mußte, wurden alsbald entsprechende Vorkehrungen getroffen. Unter Hinweis auf die große Bedeutung der Reinlichkeit als Schutzmittel gegen die Ausdehnung der Seuche wurde eine ausführliche Bekanntmachung erlassen. Sie begnügte sich nicht mit allgemeinen Anordnungen, sondern schrieb für jede Woche eine zweimalige gründliche Säuberung aller Wohnungen und Gebäude, die Reinhaltung der Leibwäsche und des Körpers vor und gab genaue, ins einzelne gehende Anweisungen. Besonderen Wert legte sie auch auf die Belehrung der Jugend durch die Lehrer und der Erwachsenen durch die Gebildeten, besonders die Geistlichen, Aerzte und Feldschere.

Erfreulicherweise ging aus den Meldungen der Krankensuchtrupps hervor, daß die Bevölkerung es sich unter dem Druck der ständigen Kontrolle angelegen sein ließ, diesen Bestimmungen nachzukommen.

Weil jedoch die befohlenen Ganzwaschungen und Bäder

von der armen Bevölkerung wegen der hohen Preise der Seife und des Heizmaterials auch beim besten Willen nicht immer hätten durchgeführt werden können, wurde die Entlausungsanstalt erweitert und als Freibad zur Verfügung gestellt. Ferner wurden dort besondere Einrichtungen getroffen, die es den Frauen ermöglichten, in der Anstalt unentgeltlich ihre Wäsche zu waschen.

Wie es zu erwarten war, stand die Bevölkerung auch diesen Einrichtungen mißtrauisch und zurückhaltend gegenüber, sodaß Zwangsbäder eingeführt werden mußten.

Die Haushaltungsvorstände, zunächst aus den desinfizierten Häusern, deren Wiederverschmutzung verhindert werden sollte, dann weiter aus den Häusern besonders schmutziger Strassen sowie die Inhaber von Friseur-, Lebensmittelgeschäften usw. erhielten einen besonderen auf ihren Namen ausgestellten Badebefehl. Dieser wies sie an, an einem bestimmten Tage jeder Woche zu bestimmter Stunde mit ihren Angehörigen bezw. ihrem Personal, deren Zahl auf dem Befehl angegeben war, ein Brausebad mit Entlausung der Kleidung zu nehmen. Die Abgabe dieses Bades wurde dann auf der Rückseite des Befehls jedesmal von dem militärischen Leiter der Anstalt bescheinigt. Im Laufe kurzer Zeit mußten sich etwa 1500 Familien allwöchentlich der Zwangsentlausung unterziehen.

Schließlich wurden noch vier Kontrolltrupps eingerichtet, die die Badebefehle in den Wohnungen der Leute, ihre und ihrer Umgebung Sauberkeit dauernd zu prüfen und Unregelmäßigkeiten sofort zu melden hatten. Sie arbeiteten Hand in Hand mit den Krankensuchtrupps.

Aufgabe der leitenden Stelle war es, nach den Erfahrungen der täglichen persönlichen Revisionen der gesamten Hülfsmittel in dem Kampfe gegen die Fleckfieberepidemie und auf Grund der täglichen Rapporte der ausführenden Organe und der Krankheitsmeldungen die erforderlichen Anordnungen zu treffen, die Organisation weiter auszubauen, immer straffer zur Durchführung zu bringen und fest in der Hand zu behalten.

Mit allen diesen Mitteln gelang es nun in der Tat, schon $1^1/_2$ Monate nach der ersen Fleckfiebermeldung die Kraft der Epidemie zu brechen, sie dann allmählich zum Abklingen und schließlich zum völligen Verschwinden zu bringen; vor allen Dingen, es gelang, ein Uebergreifen der Seuche auf das Militär zu verhindern.

Aber noch mehr wurde im Laufe der Zeit erreicht, nämlich eine fast völlige Seuchenfreiheit der Stadt und zwar dadurch, daß keine der erprobten Maßnahmen fallen gelassen wurde und später in weitem Umfange Pockenimpfungen und Typhusumgebungszwangsimpfungen zur Durchführung kamen. So sind jetzt noch im Interesse der Seuchenbekämpfung und Sanierung der Stadt dauernd vier Krankensuchtrupps tätig, denen je ein Zivilarzt zur Feststellung und Meldung der Erkrankungsart bei aufgefundenen Kranken zur Verfügung steht; zwei Desinfektions-

Die

lonnen
der En
nen ge
gen fi
gesehe
nheim
erden.
El
er Fle
llgeme
nsgesa
bis 16
d.h. je
weis fi
Krank
stecku

m inr
waren
nach

ch
sperr
den
reili
allge
Teil
grof

hieb
Me
Mit

na
Di
ge
be
Fl
bi

kolonnen führen täglich etwa dreißig Wohnungsreinigungen aus; in der Entlausungsanstalt werden an jedem Tage etwa 1700 Personen gebadet und entlaust. Nur insofern ist ein Unterschied gegen früher eingetreten, als die ganze Seuchenbekämpfung, abgesehen von der Leitung, fast ausschließlch in den Händen Einheimischer liegt, die in ihrer Tätigkeit dauernd überwacht werden.

Ehe nun auf die beigefügten graphischen Darstellungen der Fleckfieberepidemie eingegangen werden soll, seien einige allgemeine Bemerkungen vorausgeschickt. Die Epidemie mit insgesamt 467 Fällen verlief in der Zeit von etwa Ende 1915 bis 16. August 1916. Von diesen 467 Fällen stammten 78, d. h. jeder 6. Fall, aus der Schutzsperre; ein untrüglicher Beweis für die Unerläßlichkeit der Absonderung nicht nur aller Kranken und Krankheitsverdächtigen, sondern auch aller Ansteckungs- und Seuchenverdächtigen.

Von den Erkrankten waren 98 % Juden, deren Wohnungen im inneren Stadtviertel besonders verschmutzt und dicht belegt waren, und die insgesamt etwa 72 % der Bevölkerung ausmachten.

Die Gesamtkosten der Bekämpfung der Epidemie, einschließlich der Kosten in dem Seuchenkrankenhause und der Schutzsperre, beliefen sich für die Stadt auf etwa 300000 Mark, auf den einzelnen Fall auf etwa 642 Mark; doch darf man dabei freilich nicht vergessen, daß große Ausgaben zur Förderung der allgemeinen hygienischen Zustände darin enthalten sind und zum Teil Einrichtungen von Dauer geschaffen wurden, die weiter mit großem Nutzen verwendet werden.

Die beigefügten graphischen Darstellungen der Fleckfieberepidemie ergeben sich aus den Aufzeichnungen in den Meldeformularen über ansteckende Krankheiten und aus den Mitteilungen des Seuchenkrankenhauses.

Die Tabelle I gibt einen Ueberblick über die Epidemie nach den Erkrankungs- und Meldetagen der einzelnen Fälle. Die vor dem 15. 1. 1916 als Typhus- oder Typhusverdachtsfälle gemeldeten Erkrankungen sind mit eingetragen, soweit sie sich bei der Aufnahme der Kranken ins Seuchenkrankenhaus als Fleckfieber herausgestellt hatten. Die Epidemie ließ sich also bis zum 15. 12. 15. zurückverfolgen.

Die Darstellung der Erkrankungstage bietet ein besonders gutes Bild der Epidemie, weil sie frei von den Zufälligkeiten der Meldungen ist. Man erkennt deutlich den anfangs langsamen, dann schnellen Aufstieg der Epidemie mit dem höchsten Gipfel am 6. Februar. In diesem Monat kommt die weite Ausdehnung der Seuche in der Massigkeit und dem festen Gefüge des Bildes zum Ausdruck, das dann im März schon mehr gegliedert erscheint. Damit begann das Abklingen der Epidemie, die jedoch erst am 12. 8. endgültig erlosch.

Unter der Darstellung der Meldetage sind die einzelnen

Maßnahmen zur Bekämpfung der Seuche bei den Tagen vermerkt, an denen mit ihnen begonnen wurde.

Man sieht, daß trotz Absonderungen, Wohnungsdesinfektionen und Häusersperrungen zunächst eine stetige Zunahme der Erkrankungen eintrat und daß erst mit der Durchführung der Häuserdesinfektionen, der erweiterten Anzeigepflicht und der Ansetzung von Krankensuchtrupps, deren Tätigkeit einen deutlichen vorübergehenden Anstieg der Meldungen zur Folge hatte, die Kraft der Epidemie nachließ. In der Zeit nach der Schließung der Chederschulen usw. erschien wieder der erste fleckfieberfreie Tag, dem dann Tage mit geringen Meldungen immer häufiger folgten. Nach Einführung von Zwangsentlausungen und Einrichtungen von Kontrolltrupps kam es schließlich nach einer Mehrung der Meldungen, die für den Erfolg dieser verschärften Durchsuchung der Stadt sprachen, znm Abklingen der Epidemie.

Die Tabellen II, III und IV geben Darstellungen über die Verteilung der Erkrankungen auf die einzelnen Jahresklassen und die Geschlechter.

Die Tabelle II zeigt das Bild etwa einer Spätkinderkrankheit mit raschem Anstieg der Zahl der Krankheitsfälle und mit deutlichem Ueberwiegen der Erkrankungen beim männlichen Geschlecht (Tabelle III) bis zum 18. Lebensjahre. Diese Tatsache mochte vor allem dadurch verursacht sein, daß bei der armen jüdischen Bevölkerung der Stadt ein enges Zusammenleben außerhalb des Hauses vor allem bei den Knaben in den jüdischen Glaubens-, den sog. Chederschulen, und in den Lesehallen vorkam. In den Räumen dieser „Schulen", die meist außerordentlich verschmutzt, eng und ungelüftet waren und häufig einen Teil der Privatwohnungen der Lehrer bildeten, wurden die Knaben etwa 7 — 8 Stunden täglich unterrichtet, während die Mädchen nur selten eine Schule besuchten.

Für den steilen Abfall der Kurve nach dem 18. Lebensjahre und die dann gering bleibende Zahl der Erkrankungsfälle vermag keine andere Ursache angegeben zu werden, als der angenommene endemische Charakter des Fleckfiebers in der Stadt.

Auffallend erscheint für die späteren Jahresklassen das Ueberwiegen der Krankheiten bei den weiblichen Personen, das in der Tabelle III und besonders deutlich in der Tabelle IV hervortritt. Zur Erklärung hierfür ist folgendes zu bemerken:

Die Zahl der Frauen überwog in der Stadt die der Männer, die sich z. T. im russischen Heeresdienst befanden und ihre Familien zurückgelassen hatten. Außerdem mußte für die Frauen, die als Mütter oder Schwestern die Erkrankten pflegten, die Gefahr einer Ansteckung besonders groß sein. Schließlich könnte noch in Frage kommen, daß im Hinblick auf das Ueberwiegen der Erkrankungen bei Knaben die älteren weiblichen Personen eine geringere erworbene Immunität besaßen.

Es sei aber hervorgehoben, daß die Besonderheit der Zusammensetzung der Stadtbevölkerung in den älteren Jahres-

klassen das Gesamtbild der Epidemie nicht wesentlich beeinflussen konnte; denn erstens würde auch bei anderer Zusammensetzung der älteren Jahrgänge der schnelle und steile Anstieg des Anfangsteiles der Kurve derselbe bleiben; zweitens fand sich der Abstieg nach dem 18. Jahre auch bei den Erkrankungen des weiblichen Geschlechts, und drittens würde die auffallend geringe Zahl der späteren Erkrankungen selbst dann noch deutlich zum Ausdruck kommen, wenn man für die einzelnen Jahresklassen der Männer die Erkrankungsziffer der Frauen einsetzen wollte.

Im Gesamtbilde stehen sich übrigens die Erkrankungen der männlichen und weiblichen Personen gleichartig gegenüber.

Die Berechnung der Gesamtsterblichkeit in der Tab. IV läßt sie mit 6 % gering erscheinen gegenüber den bisherigen Erfahrungen, z. B. bei Erkrankungen deutscher Personen. Man ist geneigt, an eine größere Widerstandskraft der hiesigen Bevölkerung vielleicht auf Grund angeborener Immunität oder an einen besonders milden Verlauf der Epidemie zu glauben. Dieser Eindruck verwischt sich jedoch etwas, wenn man die ansteigende Mortalität in den aufgeführten Jahresgruppen sieht; denn sie bleibt in den Jahren, in denen im Durchschnitt z. B. unsere Soldaten stehen, bei der hiesigen Bevölkerung nicht gar zu auffallend hinter der bei jenen festgestellten zurück. Wie bei einer Kinderkrankheit wurde während der Epidemie in B. die Prognose der Erkrankung mit zunehmendem Alter der Befallenen stetig ungünstiger.

Ueber akute typhöse Gastroenteritiden.

(Vorläufige Mitteilung).

Von Dr. med. **Pfeiffer** in Meißen.

Im vorigen Jahre wurde in Meißen eine große Anzahl akuter Magendarmkatarrhe beobachtet, die kontagiös waren uud unter dem Bilde einer Cholera nostras verliefen. Die Endemie erreichte im August die höchste Ziffer und nahm dann unter zeitweiligen kürzeren Anstiegen allmählich ab. Auf dem Höhepunkte war fast kein Haus, keine Familie meines näheren Bezirkes verschont; bestimmte Häuser und Häusergruppen standen im Vordergrunde. Insgesamt wurden über 500 Fälle behandelt.

Gleichzeitig herrschte in dem unmittelbar anstoßenden Vororte Korbitz, der nicht an das Wasserleitungsnetz angeschlossen ist und mehr ländlichen Charakter bewahrt, eine hartnäckige, schwere Typhusendemie mit zahlreichen Todesfällen. Im mehr weniger engen Zusammenhang wurden auch in Meißen zahlreiche Typhusfälle beobachtet.

Außerdem gab es zahlreiche Ruhrerkrankungen der Y-Gruppe, die sich klinisch durch Zurücktreten der schweren gastrischen Erscheinungen bei ausgesprochenem Tenesmus,

blutigen Stühlen mit Spermageruch, Darmspasmen von den ersteren unterschieden.

Bei den akuten Magenkatarrhen trat der auffallend plötzliche Ausbruch oft mitten in der Nacht mit andauerndem Erbrechen, reiswasserähnlichen Stühlen. Wadenkrämpfen, Temperatursturz, Prostration in den Vordergrund. Im weiteren Verlaufe wurden Milzschwellung, Roseolen, Diazoreaktion vermißt. Fieber bis zu 38,5° am zweiten Abend, Puls ohne Besonderheiten. Durchschnittszahl der Lenkozyten und Lymphozyten — nur bei Frauen und Kindern beobachtet — 5100. Die gastrointestinalen Erscheinungen waren meist nach 3—5 Tagen verschwunden; über längere Hinfälligkeit wurde geklagt.

In einem Falle SS 38/86 entwickelte sich im Anschluß an eine Ruhr nach drei Wochen ein Typhus. Sonst kamen Uebergänge von der akuten Form zur Allgemeinerkrankung nie vor. Auffallend war dagegen das gleichzeitige Auftreten von akuten und subakuten Erkrankungen in bestimmten Häusern, oft in derselben Familie: Im Hause G. . . . .str. 5 erkrankte z. B. im zweiten Stock eine Fabrikarbeiterin an Magen- und Darmkatarrh; nach drei Wochen im ersten Stock unterhalb der genannten Wohnung eine 30jährige Frau an schwerstem Typhus und starb in wenigen Tagen. Dann erkrankte die Mutter der Fabrikarbeiterin an Typhus nach Ablauf einer Woche, weiterhin fast alle Bewohner an Gastroenteritis.

Als Ursache wurde von den Kranken der Genuß aller möglichen Nahrungsmittel angegeben und in erster Linie das Brot beschuldigt. Vielfach konnte eine Infektion vom Mastdarm aus nicht als unmöglich bezeichnet werden, eine Eintrittspforte, auf die Beneke (M. m. W. 17/39) bei der Ruhr aufmerksam gemacht hat. Die Fabrikaborte sollen anfangs hochgradig verschmutzt gewesen, Kot und Erbrochenes von den Sitzen herabgeflossen sein. Für diese Fälle könnte eine achttägige Inkubationszeit in Frage kommen. In einem Steinbruch benutzte z. B. ein Arbeiter ausnahmsweise und nur einmal den Abort; tagsüber bemerkt er wie einem Mitarbeiter der Kot durch die Kleider lief; er erkrankte nach 8 Tagen.

Die von anderer Seite (Dr. Beck, Ländl. Krankenhaus) vorgenommenen Stuhl- und Blutuntersuchungen waren ergebnislos, Kulturen aus äußeren Gründen unmöglich.

Die serologischen Untersuchungen (Gruber-Widal) am 8—10. Tage in der Dresdner Königl. Zentralstelle hatten folgendes Ergebnis:

Von 200 Reaktionen waren:

Negativ	31 =	15.5 %
Typhus mit Gruppenagglutination . . .	145 =	72.5 „
Typhus allein	51 =	25.5 „
Dysenterie allein	14 =	7.0 „
Paratyphus allein	4 =	2.0 „
Gruppenagglutination wurde in Fällen . . beobachtet und zwar:	100 =	50.0 „
Typhus + Dysenterie + Paratyphus . .	21 =	10.5 „

Typhus + Dysenterie	68 =	34.0 %
Typhus + Paratyphus	4 =	2.0 „
Dysenterie + Paratyphus	7 =	3.5 „

Bei dem vorher erwähnten Fall SS 38/86 wurden anfangs Gruppenagglutination Dysenterie + Typhus, nach 14 Tagen nur Typhusagglutination gefunden, augenscheinlich lag Mischinfektion vor.

In 22 Fällen = 11 % wurde die Reaktion mit „schwach" oder „angedeutet" gemeldet. Titerhöhe 1:100 und 1:200.

Alle Kranken waren nicht gegen Typhus geimpft und hatten Typhus nicht überstanden.

In der überwiegenden Mehrzahl 72,5 % wurden somit Typhusagglutinine festgestellt.

Die Bedeutung der Gruppenagglutination im Sinne von Mitagglutination oder Mischinfektion kann hier nicht erörtert werden. Die Y-Agglutination nimmt die unsicherste Stellung ein, Mitagglutination von Paratyphusbakterien ist ganz allgemein, das Praevalieren der Typhusagglutination wohl unbestritten anerkannt.

Unter den bakteriologischen Untersuchungsmethoden hat sicher die Gruber sche Reaktion die wenigste Beweiskraft; ihr jegliche abzusprechen liegt jedoch unter bestimmten Voraussetzungen bis jetzt kein Grund vor. Unter dieser Einschränkung kann wohl ein Zusammenhang mit typhöser Infektion behauptet werden.

Es handelt sich somit um eine Endemie von akuten, primären Magendarmerkrankungen, wie sie in so zahlreicher Weise wohl noch nicht beobachtet sein dürfte. Es fehlt zwar nicht in der älteren Literatur an ähnlichen Beobachtungen, doch sind die Autoren noch in dem Glauben befangen, daß es sich um einen „Typhus" handelte; zu dem klaren Begriff einer primären akuten typhösen Gastroenteritis, wie er bei der Paratyphusbazillose (Jürgens) längst besteht, sind sie nicht durchgedrungen. Auch Curschmann, der in seinem „Toxintyphus" eine Reihe akuter Krankheitsbilder beschreibt, die er durch Aufnahme stark infizierter Nahrungsmittel in unmittelbarer Nähe von Typhuskranken erklärt, faßt sie noch als Typhus auf. Selbst die reichen Kriegserfahrungen haben das Koch sche Dogma nicht erschüttern können; ist doch der so oft zitiierte Satz „im Winter 1914/15 war jede ‚dichte Bronchitis' ein Typhus"[1]), ein Beweis hierfür. Nur Jürgens hat in Kraus-Brugsch und Eulenburg (IV. Auflage) über Typhus und Paratyphus darauf hingewiesen, daß die Analogie mit der Paratyphusbazillose die Annahme einer akuten primären Gastroenteritis rechtfertige; er führt als Grund für ihre Seltenheit die Labilität der Typhusbazillen an, die sich in der Außenwelt nur beschränkt erhalten und vermehren können. Nur unter den unnatürlichen Bedingungen der Laboratoriumsinfektion seien derartige Erkrankungen beobachtet worden.

Vorbedingungen für die Pathogenese dieser mehr hypothetischen Form mußte unter natürlichen Bedingungen die

[1]) Siehe F. Lommel; Münchener med. Wochenschrift; 1917, Nr. 38.

Kumulation der Bakterien sein, wie sie Curschmann bei Infektionen in unmittelbarer Nähe Typhuskranker annimmt; ferner ein saprophytisches Wachstum der Bakterien. Die erste Bedingung war gegeben; die saprophytische Existenz in der Außenwelt wird bis jetzt bestritten. Das Beispiel der Paratyphusbazillen lehrt jedoch, wie rasch sich unsere Anschauungen ändern können.

Während Dieudonné[2]) noch behauptet, daß die Paratyphusbakterienarten nicht sehr verbreitet sind und nur bei kranken Menschen und Tieren gefunden wurden, weisen kurze Zeit später Uhlenhuth und Hübener[3]) ihre Ubiquität im weitesten Umfange nach.

Uebertragung, Eingangspforte, Verlauf, Fehlen der Uebergangsformen unsrer Fälle entsprechen durchaus dem erwarteten klinischen Bilde einer primären akuten Typhusbazillose ohne Uebergang in einen „Typhus“. Das umfangreiche Materiel soll anderweit veröffentlicht werden.

Zweck dieser Vorbemerkung war nur, bereits jetzt auf die Existenz und eventuell auf die Prophylaxe aufmerksam zu machen, wenn man noch den Standpunkt vertritt, hiermit Uebertragungen verhüten zu können.

Klare Begriffe sind auch beim „Typhus“ notwendig, um die Resistenz der Aerzte zu überwinden, die jede lokale typhöse Infektion mit dem Hinweis ablehnen: „Wir haben keinen ‚Typhus‘ gesehen, ergo war es kein Typhus!“

Für Paratyphus hat Jürgens den Begriff der Paratyphusbazillose vorgeschlagen,[4]) für den Typhus dürfte sich eine ähnliche Nomenklatur empfehlen.

Zur Paulschen Pockendiagnose.

Von Medizinalrat Dr. **Schlautmann**, Kreisarzt in Münster i. W.

In Nr. 1 dieser Zeitschrift vom 5. Januar d. J. veröffentlicht Kreisarzt Dr. Klaholt aus Darkehmen zwei Fälle von klinisch festgestellten Windpocken, bei denen der Paulsche Tierversuch positiv ausgefallen ist, und bittet um Veröffentlichung weiterer Fälle, bei denen gleichfalls der Tierversuch entgegen dem sicheren klinischen Befunde für Pocken einen positiven Ausfall ergeben hat. Ueber einen ganz einwandfreien Fall kann ich berichten, über den ich zur Zeit bereits mit dem damals die Pockendiagnose bearbeitenden Herrn am Institut für Infektionskrankheiten verhandelt habe:

Das am 13. 10. 13 geborene Kind A., das deutlich Impfnarben am linken Arm aufwies, erkrankte am 15. April 1916; es fühlte sich nicht gut und war verdrießlich. Am 17. bemerkte die Großmutter, bei der das Kind wohnt, einen Ausschlag am Körper des Kindes und zog am 19. einen Arzt zu, der kein Fieber feststellte, jedoch den Fall als pockenverdächtig anzeigte, da damals

[2]) Bakt. Nahrungsmittelvergiftungen. Würzburgerabhandlungen; Band 8.
[3]) Med. Klinik; 1908, Nr. 48.
[4]) Deutsche med. Wochenschrift; 1907, Nr. 1 und 2.

gerade zwei Fälle von Pocken hier vorgekommen waren. Ich sah das Kind am 20.; am Gesicht, Rücken, Bauch und an den Gliedmaßen sah man einen Ausschlag, der zum größten Teil schon eingetrocknet war; man sah kleine rote Borken, wie man sie bei Windpocken stets sieht, daneben bestand aber noch ganz frischer Ausschlag, und zwar waren es Bläschen mit wasserklarem Inhalt. Zwischen dem Ausschlag war die Haut normal. Die Körpertemperatur betrug 37,5°. Das Allgemeinbefinden war gut.

Bei diesem Befund und bei dem guten Impfzustand des Kindes, sowie mit Rücksicht darauf, daß in der Stadt und auch in der Nachbarschaft des Kindes mehrfach Windpocken beobachtet waren, nahm ich sicher diese Krankheit als vorliegend an und war sehr erstaunt, als nach einigen Tagen die telegraphische Nachricht vom Institut für Infektionskrankheiten kam, daß der Tierversuch für Pocken positiv ausgefallen sei. In einem folgenden Schreiben teilte mir der Herr Kollege aus dem Institut mit, daß der Tierversuch schwach, aber deutlich positiv ausgefallen sei. Um die Sicherheit der neuen Pockendiagnose auf die Probe zu stellen, bat er um Nachimpfung des Kindes und Entsendung einer Probe Blut, um am Ausfall der serologischen Untersuchung das Tierversuchsergebnis kontrollieren zu können. Dem Wunsche kam ich nach. Das Blut wurde eingesandt und das Kind nach Ablauf der Erkrankung geimpft; der Erfolg war deutliche Reaktion, alle vier Impfschnitte waren geschwollen und gerötet. Ueber das Ergebnis der serologischen Untersuchung habe ich leider nichts erfahren. Dem Herrn Kollegen am Institut für Infektionskrankheiten teilte ich das Ergebnis der Impfung mit; er nahm dann in einem weiteren Schreiben an mich auch an, daß in der Tat wohl die Diagnose versagt habe. Nun kam aber eine weitere Bestätigung meiner Diagnose: Am 29. April 1916 erkrankte das am 25. Februar 1915 geborene und noch nicht geimpfte Brüderchen der A. L. an der gleichen Krankheit, die das deutliche klinische Bild von Windpocken bot. Das Kind wurde am 30. April geimpft und zeigte am 4. Mai vier voll entwickelte Impfpusteln. Bei diesem Kind fiel der Tierversuch negativ für Pocken aus. Hiernach besteht somit kein Zweifel, daß es sich bei dem ersten Kinde tatsächlich auch um Windpocken und nicht um Pocken handelte trotz des positiven Tierversuches, der demnach nicht unbedingt beweisend ist.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

Säuglings- und Mütterfürsorge.

Schwangeren-Fürsorge. Von W. Pryll-Berlin. Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz, Sept. 1917.

Für die Zukunft muß eine bessere Versorgung der Schwangeren durch ihre Krankenkassen unbedingt verlangt werden. Das Vormundschaftsamt der Stadt Berlin läßt diese seit einiger Zeit durch sozial geschulte Helferinnen (weshalb nicht durch Hebammen? der Ref.) in ihrer Behausung aufsuchen und beraten. Pryll hält diese Beratung für einseitig, da ärztliche Fragen vernachlässigt werden und fordert für alle bedürftigen ehelichen und unehelichen Schwangeren

in ärztlicher, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht eine Fürsorge. Träger dieser Organisationen müssen die Städte sein; für die Ausübung der Schwangerenfürsorge hält Pryll eine Fürsorgestelle mit Aerzten und Helferinnen für zweckmäßig. Die wirtschaftliche Fürsorge besteht in Stärkungsmitteln, Leibbinden, Gutscheinen für städtische Küchen, Wohnungsverbesserungen, Umsicht nach einer Entbindungsstätte und nach einer Dienststelle nach dem Wochenbette, einer geeigneten Unterkunft größerer Kinder in Horten u. s. f. Die rechtliche Fürsorge ist von einem Berufsvormund zu übernehmen.

Dr. Rissmann-Osnabrück.

Zur Bekämpfung der Fehlgeburten. Von Prof. Dr. A. Döderlein-München. Münchener med. Wochenschrift; 1917, Nr. 29.

Die Fehlgeburten haben überall stark zugenommmen. Die obligatorische Anzeigepflicht der Aerzte und Hebammen bei Fehlgeburten, die schon Winckel gefordert hat, ist notwendig, um der um sich greifenden Zunahme eine Schranke zu setzen. In Berlin abortiercn 19,7 %, in München 17,07 %. Die sozialen Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung sind zu verwerfen; die medizinischen sind einzuengen. Die künstliche Unterbrechung ist reichsgesetzlich zu regeln. Sie darf nur nach Hinzuziehung zweier Fachärzte vorgenommen werden (andere Aerzte verlangen die Zuziehung des Amtsrichters. Ref.). Ebenso ist die künftige Sterilisation möglichst zu meiden. Döderlein gibt mehrere Erkrankungen an, bei denen die Unterbrechung der Schwangerschaft erlaubt sein soll. Bei der Tuberkulose engt er die Indikation bedeutent (mit Recht. Ref.) ein. „Die Unterbrechung der Schwangerschaft bei gerichtlich festgestellter Notzucht ist nicht strafbar.“ Gegen diesen Satz muß mit aller Energie Widerspruch erhoben werden. Es gibt nur einen Fall, ein menschliches Lebewesen zu töten, wenn dieses menschliche Wesen das Leben eines Dritten, hier die Mutter, ernstlich bedroht. Alle anderen Gründe zur Tötung der Frucht sind abzulehnen. Wir werden auf diesem Umwege wieder die soziale Indikation hereinbringen. Diese Ausnahme würde auch bei den gesetzgebenden Faktoren das größte Hindernis zur reichsgesetzlichen Ordnung sein.

Dr. Graßl-Kempten.

Darf die wirtschaftliche Lage der Schwangeren bei Einleitung des künstlichen Abortes berücksichtigt werden? Von Prof. Dr. A. Kattner-Berlin. Deutsche mnd. Wochenschrift; 1917, Nr. 47.

Die wirtschaftliche Lege der Schwangeren an sich darf niemals eine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft abgeben. In Frage steht aber, ob bei einer Schwangeren, die an einer so ernsten Erkrankung leidet, daß unter gewissen Bedingungen anerkanntermaßen die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung vorliegt, ob bei dieser neben anderen Momenten auch die Rücksicht auf ihre wirtschaftlichen Verhältnisse einen Einfluß auf unsere Entscheidung haben darf. K. prüft das Für und Wider an Fällen, bei denen die Komplikation der Schwangerschaft in einer Kehlkopftuberkulose bestand, und bejaht die Frage. Der Arzt hat hier, wie bei allen Schwangerschaftskomplikationen, die als Indikation für den künstlichen Abort generell anerkannt sind, nicht mit Sicherheiten, sondern nur mit Wahrscheinlichkeiten zu rechnen. Bei einem verantwortungsvollen, über Tod und Leben entscheidenden Abwägen der Wahrscheinlichkeitsquoten, bei der auch die geringste Chance nicht übersehen werden darf, verdient deshalb die wirtschaftliche Lage der Schwangeren als eine Tatsache von anerkannter Bedeutung und ausschlaggebendem Gewicht durchaus berücksichtigt zu werden. Dr. Roepke-Melsungen.

Besprechungen.

Prof. Dr. Martin Kirchner, Ministerialdirektor im Ministerium des Innern: **Aerztliche Kriegs- und Friedensgedanken.** Reden und Abhandlungen aus dem Weltkriege. Mit 14 Abbildungen im Text. Jena 1918. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°. 305 S. Preis: 10 M.

Man kann dem Verfasser nur dankbar sein, daß er die verschiedenen Reden und Abhandlungen, die er auf Grund seiner reichen Erfahrungen sowie

auf Grund seiner während des Krieges sowohl in der Heimat, als bei seinen Besuchen an den Fronten im Osten und Westen gehalten bezw. verfaßt hat, hier gesammelt einem weiteren Leserkreise zugänglich macht, denn sie behandeln gerade für die Jetztzeit außerordentlich wichtige und gesundheitlich bedeutsame Fragen, deren sachkundige Erörterung für die Aerzte und besonders für die Medizinalbeamten von größter Bedeutung ist. Die Sammlung enthält 19 derartige Abhandlungen, die sich hauptsächlich mit der Seuchenbekämpfung im allgemeinen, wie mit der Bekämpfung einzelner Seuchen (Kriegsseuchen, Geschlechtskrankheiten, Trachom, Tuberkulose, Typhus und Pocken) befassen und zwar unter steter Berücksichtigung der durch den Krieg geschaffenen Verhältnisse. Zwei Abhandlungen bringen wertvolle Ausführungen über die Aufgaben der Aerzte im Kriege, je eine Abhandlung ist der Kindersterblichkeit, der Bedeutung der Zahnpflege in den Schulen, der staatlichen Fürsorge für die heimkehrenden Krieger, dem sanitären Aufbau Ostpreußens und dem Wiederaufbau des deutschen Volkes nach dem Weltkriege gewidmet. Diese kurze Inhaltsübersicht zeigt am besten die Reichhaltigkeit der Sammlung, deren Anschaffung und aufmerksames Studium allen Aerzten und Medizinalbeamten nur aufs wärmste empfohlen werden kann; denn sie bildet eine äußerst wertvolle Fundgrube für ihr jetziges und künftiges Handeln auf dem Gebiete der Gesundheitspflege und wird dem Wunsche des Verfassers entsprechend sicherlich dazu beitragen, daß die Aerzte in der Erfüllung ihrer vielfachen Pflichten bis zum Siege und zu einem ehrenvollen Frieden freudig ausharren; Nur einem siegreichen Deutschland wird es möglich sein, die Fürsorge für die Kriegsverletzten, für die Witwen und Waisen der Gefallenen, den Kampf gegen die großen Volkskrankheiten und den Wiederaufbau des deutschen Volkes kraftvoll und zielbewußt durchzuführen. Rpd.

Prof. Dr. Müller, a. o. Professor der Hygiene in Graz: **Vorlesungen über Infektion und Immunität.** Mit 21 Abbildungen im Text. Fünfte erweiterte und vermehrte Auflage. Jena 1917. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°, 506 Seiten. Preis: 10 M.

Die großen Vorzüge der „Vorlesungen“ des Verfassers über Infektion und Immunität sind bereits wiederholt an dieser Stelle beim Erscheinen der früheren Auflagen hervorgehoben. In der jetzt vorliegenden neuen Ausgabe treten sie in noch erhöhtem Maße hervor; denn wenn auch die Einteilung und Behandlung des Stoffes die gleiche geblieben ist, so hat der Inhalt doch eine wesentliche Erweiterung erfahren und zwar, da die theoretischen Forschungen auf dem Gebiete der Immunitätslehre während des Krieges keine wesentlichen Ergebnisse gezeitigt haben, besonders nach der praktischen Seite hin. Die Ausführungen über die diagnostischen Methoden, die Erfolge der Schutzimpfung und Serumtherapie auf Grund der im Kriege an einem zum Teil riesenhaften Materiale gesammelten Erfahrungen, haben vielfach wichtige Ergänzungen erhalten; namentlich sind die Abschnitte über die diagnostische Verwendung der Immunitätsreaktion wesentlich erweitert. Die „Vorlesungen“ werden daher sicherlich in ihrer neuen Gestalt eine noch freundlichere Aufnahme und größere Verbreitung finden als bisher. Rpd.

Dr. v. Scheuerlen-Stuttgart, Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat, Generaloberarzt à la suite des Kgl. Württ. Sanitätskorps, beratender Hygieniker: **Leitfaden der praktischen Desinfektion und Ungezieferbekämpfung.** Zweite Auflage. Stuttgart 1918. Verlag von W. Kohlhammer. Gr. 12°, 114 S. Preis: 1,40 Mark.

Der bei seinem ersten Erscheinen in dieser Zeitschrift besprochene und empfohlene Leitfaden hat seine Brauchbarkeit besonders während der Kriegszeit bewiesen. In knapper Form und unter Berücksichtigung der im Kriege gemachten Erfahrungen wird hier alles gesagt, was zu beachten ist. Entsprechend der großen Bedeutung des Ungeziefers für die Verbreitung übertragbarer Krankheiten, die der Krieg, im Bund mit der unermüdlich forschenden deutschen Wissenschaft in ungeahnter Weise enthüllt hat, nimmt dessen Beschreibung und Bekämpfung in der zweiten Auflage bedeutend größeren Raum ein. Der Leitfaden kann den beteiligten Kreisen (Desinfektoren, Krankenpflegern usw.) wiederum aufs wärmste empfohlen werden. Rpd.

Dr. M. T. Schnirer-Wien: **Taschenbuch der Therapie für 1918.** 14. Ausgabe. Würzburg 1918. Verlag von Kurt Kabitzsch. 12⁰, 488 Seiten. Preis: geb. 3,60 Mark.

Die Ausgabe des Taschenbuches weist wiederum entsprechend den Fortschritten der Therapie im dritten Kriegsjahre mancherlei Verbesserungen auf; neu aufgenommen ist ein Abhandlnng über „Schutzimpfungen". Sie kann ebenso wie die früheren Jahresausgaben bestens empfohlen werden. Rpd.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. Der Ausschuß für **Bevölkerungspolitik**, dem die beiden Gesetzentwürfe zur **Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** und des **Geburtenrückganges** zur Beratung überwiesen sind, hat sich zunächst mit dem Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beschäftigt und diesen durchberaten. Zu § 1 wurde trotz des heftigsten Widerspruchs von seiten der Regierungsvertreter und von den Abgg. v. Calker, Faßbender, Flemming, Mumm, Dr. Quark und Dr. Werner gestellter Antrag angenommen, wonach als § 16 folgende Bestimmung eingeschaltet werden soll: „Wer geschlechtskrank ist, hat die Pflicht, sich von einem staatlich geprüften Arzte behandeln zu lassen. Wer weiß, daß er geschlechtskrank ist und es unterläßt, sich von einem staatlich approbierten Arzte behandeln zu lassen, wird mit Geldstrafe bis zu 500 M. oder mit Gefängnis oder Haft bis zu vier Wochen bestraft." § 2 und § 3 Abs. 1 wurden unverändert angenommen, ebenso, jedoch erst nach längerer Erörterung § 3 Abs. 2, der Nichtärzten jede Behandlung verbietet. Seitens der Regierung wurde erklärt, daß für die Regierung die Annahme dieses Verbots die Vorbedingung für die ganze Gesetzesvorlage bilde, während von sozialdemokratischer Seite schwere Bedenken gegen die Beseitigung der Kurierfreiheit erhoben wurden. Viele approbierte Aerzte hätten sich ebenfalls von der Schulmedizin abgewandt; außerdem seien gerade die auffälligsten Reklamen von Aerzten ausgegangen. Das Verhalten der Kassenärzte gegen die Krankenkassen mitglieder habe vielfach verschuldet, daß zwischen beiden Mißtrauen bestehe und ein Teil der Bevölkerung die Naturheilmedizin bevorzuge. Von anderer Seite wurde dagegen betont, daß für ein so wichtiges Gebiet wie das der Geschlechtskrankheiten die Kenntnis der Naturheilkunde nicht ausreiche. Das im § 4 vorgesehene Verbot der Ankündigung, Anpreisung und Ausstellung von Mitteln usw. zur Heilung von Geschlechtskrankheiten usw. fand die Zustimmung des Ausschusses, ebenso § 5, der die zwangsweise Behandlung von Prostituierten betrifft; es wurde jedoch eine Bestimmung hinzugefügt, wonach der Untersuchungs- und Behandlungszwang auf alle Personen ausgedehnt wird, die dringend verdächtig sind, geschlechtskrank zu sein und ihre Erkrankung zu verbreiten. Annahme fand auch § 6, Ziffer 1 (Zusatzbestimmung zu § 180a Str.G.B.).

Errichtung einer Zentralanstalt, der Kaiser Wilhelmschule Deutscher Krankenpflegerinnen. Dem Hauptvorstand des Vaterländischen Frauen-Vereins ist auf eine Eingabe von Seiner Majestät dem Kaiser folgender Erlaß vom 22. März 1918 zugegangen:

„Die Throneingabe vom 3. Januar d. Js. bietet Mir willkommenen Anlaß, Meinem Kaiserlichen Dank und Meiner besonderen Anerkennung Ausdruck zu geben für die aufopfernde Hingabe, mit der das weibliche Krankenpflegepersonal sich in den schweren Kriegsjahren bewährt hat. Ich weiß, daß Diakonissen, Ordensschwestern, Schwestern vom Roten Kreuz und Pflegerinnen im Verwundetendienst, in der Krankenpflege, in den mannigfachen Aufgaben sozialer Fürsorge in aller Stille Taten vollbracht haben, die sich den Heldentaten dieser Zeit ebenbürtig anschließen. Daß der Dienst der Nächstenliebe unter der unermüdlicher Förderung Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin, Meiner Gemahlin, und der hohen Gemahlinnen der deutschen Bundesfürsten, Frauen aller Stände und Konfessionen zur Mitarbeit an zahlreichen großen Aufgaben der Zeit herangezogen und geschult hat, begrüße Ich mit besonderem Dank und großen Hoffnungen für die Zukunft.

Der Plan, die Krankenpflegerinnen in einer großzügig angelegten **Zentralanstalt**, der Kaiser Wilhelm-Schule Deutscher Krankenpflegerinnen, für die mannigfachen Aufgaben der Gemeindepflege, der Kriegsbeschädigten-Fürsorge, des Mutter- und Säuglingsschutzes und der sonstigen Friedensbedürfnisse, wie die nächsten Jahrzehnte sie in bisher ungeahntem Umfange stellen werden, auszubilden und mit dieser Unterrichtsanstalt ein Krankenhaus zum Gedächtnis der Gefallenen zu verbinden, findet Meine volle Bewilligung, Ich freue Mich, dem Vorschlag des Ministers des Inneren, des Kultusministers und des Kriegsministers gemäß, seine Verwirklichung dadurch fördern zu können, daß ich Mich bereit erkläre, eine Beihilfe von einer Millionen Mark aus der Kaiser Wilhelm-Spende Deutscher Frauen für diesen Zweck in Aussicht zu stellen. Die endgültige Bewilligung wird erfolgen, sobald der Plan im Einvernehmen mit den genannten Ministern festgestellt ist und Meine Genehmigung gefunden hat.

Der Vorlage der Baupläne, bei deren Aufstellung der Minister der öffentlichen Arbeiten zu beteiligen sein wird, und der Einreichung regelmäßiger Berichte über den Fortgang der Sache will Ich durch Vermittelung des Ministers des Innern entgegensehen. Neben Meinem Kommissar und dem Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin werden Vertreter der drei Minister in das Kuratorium der Anstalt aufzunehmen sein.

Wenn Ich diesen Erlaß dem Hauptvorstande des Vaterländischen Frauenvereins unter dem 22. März zugehen lasse, so geschieht es in dankbarem Gedächtnis des gesegneten Lebenswerkes Meiner in Gott ruhenden Großeltern, dessen Früchte sich in der deutschen Liebesarbeit dieses Krieges durch Gottes Gnade glänzend bewährt haben. Möchte der Geist aufopfernder Nächstenliebe, von dem die hohe Gründerin des Vaterländischen Frauenvereins bestimmt war, auch in der neuen Anstalt fortleben zum Segen unseres Volkes von Geschlecht zu Geschlecht."

50jähriges Arztjubiläum. Am 1. April v. J. hat der langjährige Schriftführer und Schatzmeister der Jubiläumsstiftung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins, Geh. Med.-Rat Dr. **Schlüter**, Kreisarzt in Gütersloh, sein 50jähriges Jubiläum als Arzt gefeiert. Schon bei Gelegenheit seines 50jährigen Doktorjubiläums ist an dieser Stelle (s. diese Zeitschrift, Jahrg. 1917, Nr. 8, S. 261) seiner außerordentlichen Verdienste um die Förderung der Jubiläumsstiftung gedacht, für die ihm nicht nur diese, sondern auch alle preußischen Medizinalbeamten den größten Dank schuldig sind. Es ist eine besondere Gnade Gottes, daß es dem Jubilar vergönnt ist, auch diesen Tag in körperlicher und geistiger Frische zu erleben und daß er sogar bisher imstande gewesen ist, seine dienstlichen Geschäfte in vollem Umfange wahrzunehmen. Der Vorstand des Medizinalbeamtenvereins hat nicht unterlassen, ihm zu seinem Jubiläum die herzlichsten Glückwünsche auszusprechen; möge er nicht bloß seiner Familie, sondern auch dem Verein, insbesondere der Jubiläums-Stiftung, noch viele Jahre erhalten bleiben!

An demselben Tage hat Geh. Med.-Rat Dr. **Fielitz**-Halle a. S. seinen **siebenzigsten Geburtstag** gefeiert. Solange der Preußische Medizinalbeamtenverein besteht, hat Fielitz diesem als Mitglied angehört und ist somit einer von den wenigen (17) noch jetzt am Leben befindlichen Vereinsmitgliedern, die den Verein begründet haben. Er hat den Bestrebungen des Vereins das wärmste Interesse entgegengebracht, wohl in keiner Versammlung des Vereins gefehlt und sich um die Entwicklung des Vereins namentlich in seiner Eigenschaft als langjähriges Vorstandsmitglied (seit 1895) und insbesondere als langjähriger Schriftführer und Schatzmeister (seit 1899) die größten Verdienste erworben. Fielitz kann auch sonst allen Medizinalbeamten, namentlich den jüngeren, als Vorbild dienen: hat er sich doch in seiner fast 40jährigen Tätigkeit als Kreisarzt zuerst in Querfort, später in Halle a. S. allezeit durch hervorragende Tüchtigkeit, Arbeitsfreudigkeit und Pflichttreue ausgezeichnet und sich infolgedessen hohen Ansehens und größter Achtung sowohl bei allen Behörden, als bei seinen Kollegen und Mitbürgern erfreut. Auch an seinem siebenzigsten Geburtstag ist dies, trotzdem er vor Jahresfrist aus seinem Amte

geschieden ist, durch die überaus große Zahl von Glückwünschen zum Ausdruck gekommen, die ihm von allen Seiten dargebracht wurden, darunter auch vom Herrn Minister des Innern und der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern. Unter den Gratulanten hat selbstverständlich der Deutsche und vor allem der Preußische Medizinalbeamtenverein nicht gefehlt: hatte dieser doch in erster Linie Veranlassung, ihm an diesem Tage nicht nur seine herzlichsten Glückwünsche, sondern auch seinen wärmsten Dank für seine großen Verdienste um den Verein auszusprechen. Möge auch ihm die seltene körperliche und geistige Frische, in der er seinen siebenzigsten Geburtstag feiern konnte, noch viele Jahre erhalten bleiben und ihm ein langes Otium cum dignitate vergönnt sein!

Am 1. d. M. ist die **Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in München** für die im vorigen Jahre fast 2 Millionen Mark gestiftet worden, eröffnet worden. Leiter der Anstalt ist der um ihre Errichtung hochverdiente Geh. Hofrat Prof. Dr. Kraepelin, der aber seine Tätigkeit als Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik beibehalten wird. Als Abteilungsvorstände sind angestellt: Prof. Dr. T. Nissl, bisher Direktor der Psychiatrischen Kinik in Heidelberg (für die histologische Abteilung), Prof. Dr. Brodmann-Tübingen (für topographische Rindenhistologie), Prof. Dr. Plaut-München (für die serologische Abteilung), Dr. Spielmeier (für die pathologisch-anatomische Abteilung) und Dr. Rüdin (für die demographisch-genealogische Abteilung).

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Statsarzt d. Res. Dr. Speckmann, Kreisarzt in Husum, das Großherzogl. Oldenburg. Friedrich-August-Kreuz I. und II. Klasse, sowie das Lübecksche Hanseatenkreuz.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Dr. Clarus aus München, Kreisarzt in Lowicz (Russisch-Polen): Mitglied des Deutschen und Bayerischen Med.-Beamtenvereins (gestorben infolge von Krankheit).

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

31. Jahrgang; Nr. 8. Ausgegeben am 20. April 1918.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 8 am Schlusse des Heftes.

geschieden ist, durch die überaus große Zahl von Glückwünschen zum Ausdruck gekommen, die ihm von allen Seiten dargebracht wurden, darunter auch vom Herrn Minister des Innern und der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern. Unter den Gratulanten hat selbstverständlich der Deutsche und vor allem der Preußische Medizinalbeamtenverein nicht gefehlt: hatte dieser doch in erster Linie Veranlassung, ihm an diesem Tage nicht nur seine herzlichsten Glückwünsche, sondern auch seinen wärmsten Dank für seine großen Verdienste um den Verein auszusprechen. Möge auch ihm die seltene körperliche und geistige Frische, in der er seinen siebenzigsten Geburtstag feiern konnte, noch viele Jahre erhalten bleiben und ihm ein langes Otium cum dignitate vergönnt sein!

Am 1. d. M. ist die **Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie** in München für die im vorigen Jahre fast 2 Millionen Mark gestiftet worden, eröffnet worden. Leiter der Anstalt ist der um ihre Errichtung hochverdiente Geh. Hofrat Prof. Dr. Kraepelin, der aber seine Tätigkeit als Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik beibehalten wird. Als Abteilungsvorstände sind angestellt: Prof. Dr. T. Nissl, bisher Direktor der Psychiatrischen Kinik in Heidelberg (für die histologische Abteilung), Prof. Dr. Brodmann-Tübingen (für topographische Rindenhistologie), Prof. Dr. Plaut-München (für die serologische Abteilung), Dr. Spielmeier (für die pathologisch-anatomische Abteilung) und Dr. Rüdin (für die demographisch-genealogische Abteilung).

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Stabsarzt d. Res. Dr. Speckmann, Kreisarzt in Husum, das Großherzogl. Oldenburg. Friedrich-August-Kreuz I. und II. Klasse, sowie das Lübecksche Hanseatenkreuz.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Dr. Clarus aus München, Kreisarzt in Lowicz (Russisch-Polen); Mitglied des Deutschen und Bayerischen Med.-Beamtenvereins (gestorben infolge von Krankheit).

Zeichnet

die achte Kriegsanleihe!

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.



31. Jahrgang; Nr. 8. Ausgegeben am 20. April 1918.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:

Zeitschrift für

Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.

Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.

Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 8 am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Schlüter, Kreisarzt in Gütersloh.

Ernannt: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Lembke in Duisburg zum Reg.- und Med.-Rat in Allenstein, Stadtassistenzarzt Dr. Pappel in Duisburg zum Kreisarzt in Johannisburg, die Kreisassistenzärzte Dr. Roos in Berlin zum Kreisarzt in Beeskow, Dr. Dietrich zum Kreisarzt in Freystadt (Niederschlesien), Dr. Jaenisch in Danzig zum Kreisarzt in Lingen und Dr. Ebert in Kassel zum Kreisarzt in Sögel.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Tietz in St. Wendel nach Neuruppin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schmidt in Halle a. Saale nach Bonn.

In den Ruhestand getreten: Geh. Med.-Rat Dr. Kuhnt, Kreisarzt in Neuruppin (zum 1. Mai d. J.) und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Beumer, Kreisarzt in Greifswald (inzwischen verstorben).

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Beumer, Kreisarzt in Greifswald, Kreisarzt Dr. v. Hövell in Charlottenburg.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines außerordentl. Professors: dem Privatdozenten Dr. Brock in Erlangen.

(Fortsetzung der Personalien auf Seite 8 des Umschlags.)

Ernannt: Der prakt. Arzt und Bahnarzt Dr. Goetz in München zum Bezirksarzt in Regen.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Schmidt in Nabburg nach Wolfratshausen.

Gestorben: Geh. Hofrat Prof. Dr. Riedinger in Würzburg, Bezirksarzt a. D. Dr. Ertl in München, Med.-Rat Dr. Grundler, Bezirksarzt a. D. in Neumark (Oberfranken).

Königreich Sachsen.

Ernannt: Der stellvertretende Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein Med.-Rat Dr. Nitsche zum Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Lehmann in Dresden.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: das Kommenturkreuz des Ordens der Würtembergischen Krone: dem Medizinaldirektor Dr. v. Rembold in Stuttgart, ordentl. Mitglied des Medizinalkollegiums.

(Schluß auf S. 8.)

31. Jahrg. 1918.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 8. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. April.

Die Arbeit eines Kreis-Gesundheitsamtes.

Von Kreisarzt Dr. Ascher in Harburg, Leiter eines Kreisfürsorgeamtes.

Die Veröffentlichungen über das Kreis-Gesundheitsamt in Nr. 3 dieser Zeitschrift haben, wie es scheint, einen erfreulichen Widerhall unter unseren Kollegen ausgelöst. Auf Anfragen möchte ich hier zusammenhängend antworten: Der Unterschied zwischen einem Fürsorgeamt und einem Gesundheitsamt wurde mir erst hier in Harburg recht klar und zwar in der letzten Zeit, als ich daran ging, ein Material zu verarbeiten, das an Umfang und Güte wohl nie wieder geboten werden wird: die Lebensmittelatteste, — allerdings ein Material, das auch erst einer gewissen „Verfeinerungsarbeit" unterworfen werden muß, ehe es für gesundheitliche Zwecke verwendet werden kann.

Der Erlaß des Staatskommissars für Volksernährung betr. Regelung der Krankenversorgung vom 1. März 1917 [1]) wünscht, daß den Prüfungsstellen für die Lebensmittel-Atteste mindestens ein beamteter Arzt angehören soll. Hierdurch bot

[1]) Siehe Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 9 dieser Zeitschrift; 1917, S. 55.

sich die beste Gelegenheit, alle Kranken eines Bezirks — mit Ausnahme vielleicht der Selbstversorger — kennen zu lernen, wirkliche und eingebildete. Die letzteren auszusondern war mit Hilfe der Aerztekommission möglich; ja, es kam sogar aus deren Kreise die Bitte, Antragsteller zu untersuchen, sei es, um dem lästigen Drängen von solchen zu entgehen, wie auch um eine gleichmäßige Diagnosen- und Indikationsstellung zu erreichen. Durch eine mehrwöchentliche gemeinsame Arbeit darf man wohl jetzt auf Grund von Stichproben dieses Ziel als erreicht ansehen. Einer besonderen Bearbeitung werden die Atteste der Tuberkulösen unterzogen: Es wird von ihnen eine kurze Abschrift auf eine Karte gemacht, die zur weiteren Bearbeitung dient. Auf dieser Karte sind noch folgende Fragen vermerkt:

Früherer Aufenthalt in Heilstätten oder Krankenhäusern? Bettlägerig? Teilt das Bett mit? Teilt das Zimmer mit? Geht mit dem Auswurf um? Wie sind die häuslichen Ernährungsverhältnisse? Bezieht Krankengeld? Wie lange noch? Von welcher Krankenkasse? Invalidenrente? Armengeld? Ist zum Kreisarzt bestellt? Wann?

Diese Karten werden wie folgt verteilt: Zunächst bekommt die städtische Fürsorgeschwester die der Kranken, die schon in ihrer Obhut sind, etwa ein Viertel der Meldungen, der Rest wird zwischen 3 Hilfskräften verteilt, 2 freiwilligen und einer stundenweise beschäftigten Krankenschwester. Die Deckung der Kosten für die letztere wie für die Drucksachen verdanke ich dem Komitee für das Auskunfts- und Fürsorgewesen in Berlin, einer Unterabteilung des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose. Da in den neuen Haushaltsplan unseres Ministeriums unter Nr. B, g 150000 M. zur Bekämpfung der Tuberkulose eingestellt sind, dürfte es nicht schwer fallen, auch hieraus Mittel zu erhalten.

Durch diese Fragebogen kommen wir nun in Kreise, die weit entfernt davon sind, einer Fürsorge zu bedürfen, die aber, wie wir leider sehr häufig schon feststellen mußten, sehr wohl einer Belehrung bedürfen. Sogar bei Leuten, die aus einer Lungenheilstätte entlassen sind, mußten wir erst unter großen Mühen eine Trennung gesunder Kinder von dem kranken Erwachsenen erwirken, selbst unter Androhung der Entziehung der Zusatz-Lebensmittel. Die Belehrung muß oft durch Gewährung gewisser Vorteile erreicht werden. Auch die Besorgung von Desinfektionsmitteln ist zurzeit schwer; Soda zum Reinigen zu erhalten, macht Mühe. Dabei handelt es sich vielfach um Kreise, die keiner Geldunterstützung bedürfen, sondern nur einer Unterstützung in der Erlangung der betr. Mittel auf Grund von Bescheinigungen usw.

In diesen Kreisen kann von einer Fürsorge im hergebrachten Sinne gar keine Rede sein, und doch handelt es sich um einen Personenkreis, welcher dem in der — nebenbei bemerkt — sehr ausgedehnten, städtischen Fürsorge befindlichen an Umfang kaum nachsteht, vielleicht ihn am Schluß

unserer Beobachtung, die auf 1 Jahr berechnet ist, sogar noch übertreffen wird. Das so erhaltene Material wurde sofort weiter bearbeitet, weil es auffallend war, daß es so groß wurde, und weil es in einem gewissen Gegensatz zu einem ähnlichen stand, das ich zu erhalten in die Lage kam, das des Landkreises.

Der Kreis Harburg, der ebenso wie der Kreis Winsen zu meinem Dienstbezirk gehört, ist ein dadurch besonders interessanter, daß zu ihm die Insel Wilhelmsburg gehört, die wirtschafts-geographisch als ein Teil des Hamburger Hafengebiets bezeichnet werden kann. W. umfaßt mit 30000 Einwohnern die Hälfte des im übrigen rein ländlichen Kreises. In Wilhelmsburg nahmen nun die Atteste für Tuberkulöse einen viel geringeren Raum ein. Ein Vergleich mit der Sterblichkeit lag nahe und wurde angestellt; er ergab auch bezeichnende Unterschiede, die die Attestzahlen bestätigten. Es lag natürlich nahe, den Gründen dieser Unterschiede nachzugehen, und zunächst, da Wohnung und Ernährung in beiden Bezirken nahezu gleich waren, an die Zusammensetzung der Bevölkerung nach ihrer Gebürtigkeit zu denken. Leider waren solche Zahlen nicht vorrätig; sie aus den Meldekarten der Einwohnermeldeämter jetzt zu errechnen, war, da es sich um fast 100000 Seelen zusammen handelt, nicht möglich. Es mußte ein verkleinertes Abbild gesucht werden und zwar in den Anträgen auf Invaliden- und auf Witwenrente — ein Verfahren, das in Königsberg einmal zu guten Ergebnissen geführt hatte — (von Seelmann zuerst angeregt).

Mit diesen Untersuchungen sind wir soeben beschäftigt; sind sie aufgearbeitet, so wird in Friedenszeiten die Ermittelung der Wohnungsverhältnisse sowohl in Harburg, wie in Wilhelmsburg die nächste Aufgabe sein müssen. Hieran werden sich möglicherweise gewerbliche Untersuchungen anschließen müssen, wenn wir über die ganz außerordentlich großen Unterschiede nicht nur in der Sterblichkeit, sondern auch in der Kränklichkeit uns einige Klarheit verschaffen wollen, eine der wichtigsten Vorbedingungen für den sehr dringenden Kampf gegen die Tuberkulose. Zunächst hat die Beobachtung des laufenden Materials schon zu Vorschlägen an die Stadtverwaltung bezüglich der Unterbringung sowohl der Erwachsenen, wie der Kinder außerhalb der Wohnungen geführt, die bei der guten statistischen Unterlage, die schon jetzt geliefert werden konnte, auch einige Aussicht auf Erfolg hat.

Das sind die nächsten Aufgaben eines Gesundheitsamtes auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung in einer Gegend mit zum teil vorhandenen, zum teil von uns erst jetzt ins Leben gerufenen Maßregeln. Die vorhandenen waren in der Stadt Harburg ein sehr gutes Krankenhaus, eine gut arbeitende Fürsorgestelle für Tuberkulöse und mehrere Erholungsstätten in der unmittelbaren Nähe der Stadt, die von uns geschaffenen sind ein im letzten Jahre ins Leben gerufenes Kreisfürsorgeamt für den Landkreis, einschließlich Wilhelmsburg, das bis jetzt

die Säuglings-, die Kleinkinder- und die Tuberkulosenfürsorge bearbeitet, und zwar mit den gleichen Fürsorgerinnen.

Aus den Satzungen des Kreisfürsorgeamtes sei der erste Paragraph erwähnt, wonach dieses der Mittelpunkt für alle im Kreise Harburg vorhandenen oder zu schaffenden Bestrebungen auf dem Gebiete der Gesundheitspflege und -fürsorge sein soll, und aus den Anstellungsbedingungen der Fürsorgerinnen der, daß sie nach den Anweisungen des Kreisarztes ihre Tätigkeit auszuüben hätten. Hier sind bereits alle Vorbedingungen für ein Kreisgesundheitsamt gegeben.

Bei diesen Aufgaben sind wir aber nicht geblieben: Schon im letzten Jahre hatte die Unterbringung von Stadtkindern auf dem Lande Messungen und Wägungen dieser Kinder wie der Wirtskinder nahe gelegt, umgekehrt auch solcher Kinder, die in den Kreis Winsen aus einer rheinischen Großstadt gesandt waren und ebenfalls unter meine Aufsicht kamen. Leider waren im Drange der Geschäfte die Vorarbeiten offenbar nicht gründlich genug gewesen, sodaß das Ergebnis der sehr eingehenden Messungen: Länge, Gewicht, Umfang von Hals, Brust, Oberarm und Wade, sich zur weiteren Bearbeitung als unbrauchbar erwies. Hier liegt bei regelmäßiger Fortsetzung ein ungeheuer wichtiges Gebiet, nicht nur der Gesundheitspflege, sondern der ganzen Wirtschaftsführung unseres Volkes vor. Wir werden noch auf lange Zeit in der Einfuhr von Lebensmitteln beschränkt sein; nach fachwissenschaftlichen Untersuchungen ist jedoch trotzdem unsere Ernährung gesichert, vorausgesetzt, daß es möglich ist, die landwirtschaftliche Fläche Deutschlands genügend auszunutzen. Hier kommt eine Frage in Betracht, die schon verschiedentlich besprochen ist: die Beschäftigung unseres Volkes, besonders der Jugend im Gartenbau und in der Landwirtschaft. Soll diese Beschäftigung zum Segen werden, so müssen die Jugendlichen und Kinder unter ärztlicher Aufsicht stehen. Das Gleiche gilt für die etwaige Ausbildung der Jungmannschaften bei einer frühzeitigen Wehrpflicht. Hier bietet sich bei gleichmäßiger Art der Messung und Wägung Gelegenheit zur Aufstellung einer Konstitutionsstatistik, wie ich sie in Hamm begonnen habe,[1]) die aber erst dann den richtigen Nutzen bringen wird, wenn sie gleichmäßig und regelmäßig in möglichst allen Kreisen und Städten vorgenommen wird. Für ihre Bedeutung darf ich wohl auf Flügges Ausführungen in „Großstadtwohnungen und Kleinsiedlungen" Seite 62 und Seite 160 verweisen.

Auch der Rest der Lebensmittelatteste darf nicht ungenutzt liegen bleiben. Hier könnte durch Vergleich in verschiedenen Städten beispielsweise über die Frage der Zuckerkrankheit, des Krebses u. a. m. einiger Aufschluß gewonnen werden. Noch andere Krankheiten dürften, gleichmäßige Unter-

---

[1]) Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung; 1913, Band 2, Heft 1.

lagen vorausgesetzt, sehr wohl einer Bearbeitung zugänglich werden.

Hören diese Atteste einmal auf, so werden wir in den Bescheinigungen der Aerzte für die Krankenkassen ein sehr wichtiges Material, nicht bloß für wissenschaftliche Forschungen, sondern vor allem für augenblickliches Vorgehen zu unserer Verwendung bereit finden, vorausgesetzt, daß der Amtsarzt kein Konkurrent des praktischen Arztes mehr ist, und umgekehrt mit Aerzten und Krankenkassen in dauernder und zwar für letztere womöglich gesetzlicher Beziehung bleibt. Es ist, wie auch aus den Klagen von Roth, Kaup und Fraenkel[1]) hervorgeht, eine Versumpfung der Forschung und damit des Handelns auf gewerblich-gesundheitlichem Gebiet eingetreten. Neuer Stoff und neue Anregung kann nur aus der regelmäßigen, gleichmäßigen und nach wissenschaftlichen Grundsätzen durchgeführten Bearbeitung der Krankenscheine kommen. Hier muß allerdings auch eine „Verfeinerungsarbeit“, wie bei den Lebensmittelattesten vorgenommen werden, soll der Stoff wertvoll werden. Ich darf vielleicht auf meine Ausführungen in dem ersten Teil von „Wirtschaft und Gesundheit“[2]) verweisen, um hier nicht zu ausführlich zu werden.

Man sieht aus diesen Stichproben, in welcher Richtung sich die Arbeit eines Kreisgesundheitsamtes entwickelt; es sind dies aber alles Dinge der Wirklichkeit, keine theoretischen Auseinandersetzungen. Daß sie wichtig genug sind, dafür darf man sich wohl auf den Altmeister der Gesundheitslehre, Flügge, an der oben erwähnten Stelle berufen. Die Fortsetzung der Arbeiten über die Untersuchung an Schülern und Jugendlichen hat jetzt im Kriege wahrlich genügend an Bedeutung gewonnen; man denke nur an die Verhandlungen der Schulärzte über Maße und Gewichte in der Kriegszeit usw. Auch hier handelt es sich um ganz ungeheuer praktische Fragen von der größten Bedeutung für die Zukunft unseres Volkes, die wiederum mit der Ernährungsfrage eng verbunden sind.

Hierfür eine kleine Gegenüberstellung: Unsere Einfuhr an Nahrungs- usw. Mitteln betrug früher 2 Milliarden Mark, die Ausfuhr dagegen nur 1 Milliarde; der Ueberschuß von Einfuhr über Ausfuhr also 1 Milliarde. Der Krieg hat gelehrt, daß wir, wenn wir den Umweg über den Tierkörper mit seinem Verlust von fast 75 % Nährwerten vermeiden, mit den in Deutschland erzeugten auskommen können. Nehmen wir aber an, daß wir doch noch eine beträchtliche Menge einführen müssen, so ist wichtig, zu wissen, wie groß diese Menge sein muß, um unsere Volksgesundheit und Leistungsfähigkeit zu erhalten und die Kriegsverluste zu ersetzen. Mit jeder nicht ins Ausland geschickten Mark sparen wir mindestens eine im

---

[1]) Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung; 1915 Band 5, Heft 2.

[2]) Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung; 1917 Band 7, Heft 2.

Gewerbebetrieb zugebrachte Stunde; umgekehrt gewinnen wir mit jeder auf dem Felde oder im Garten zugebrachten Stunde ein gewisses Maß von Gesundheit. Es ist deshalb die Beobachtung der Ernährungsverhältnisse und der in den Landarbeiten beschäftigten Personen ein sehr wichtiges Gebiet sowohl des Gesundheitsbeamten wie des Volkswirtes, vielleicht sogar eins der wichtigsten.

Auch die ansteckenden Krankheiten werden uns vielleicht, abgesehen von der schon besprochenen Tuberkulose, noch weiterhin sehr beschäftigen. Ich brauche bloß darauf hinzuweisen, daß die Diphtheriesterblichkeit immer noch recht erheblich höher ist als die an Scharlach, trotz des Vorhandenseins eines spezifischen Heilmittels gegen die Diphtherie und des Fehlens eines solchen gegen den Scharlach. Hier wird es sich in erster Linie um Belehrung, nicht um Fürsorge handeln.

Die Geschlechtskrankheiten werden uns in Zukunft mehr Arbeit zuführen als in der Vergangenheit, vielleicht auch die Beobachtung und Belehrung der Bazillenträger namentlich nach Tropenkrankheiten. Jedenfalls müssen wir hiergegen gerüstet sein.

Ebenso ist die Berufswahl und die berufspsychologische Prüfung nicht ausschließlich als Sache der Fürsorge aufzufassen; dazu sind die von ihr betroffenen Kreise durchaus nicht bloß diejenigen, die die Fürsorge in Anspruch zu nehmen pflegen.

Kurz, wenn wir einmal Rückschau über den Kreis der Betroffenen halten und über den zu bearbeitenden Stoff, so möchte ich glauben, daß es keines weiteren Beweises bedarf, daß wir vor großen und zum Teil noch nicht zu übersehenden Aufgaben stehen. Diese Aufgaben sind zwar zu einem nicht unerheblichen Teil solche, die sich mit dem Begriff der Fürsorge decken, sehr viele aber auch solche, bei denen das gesundheitliche Moment überwiegt; ebenso ist auch der Kreis der Betroffenen nicht der gleiche wie bei der Fürsorge. Auf der anderen Seite soll nicht unterschätzt werden, was der eigentlichen Fürsorge für große Aufgaben noch bevorstehen; einen Ueberblick gibt uns am besten das Programm, das Fräulein Dr. Baum in den Februar-Nummern der „Sozialen Praxis“ entwirft. Grade weil es ein so großes ist, müssen wir, da auch wir einen nicht geringeren Stoff zu bewältigen haben werden, uns von vornherein auf eine Sonderung gefaßt machen, wenngleich es gewiß Orte und Zeiten geben wird, in denen wir nicht nur beim „Schlagen“, sondern auch beim „Marschieren“ einen großen Teil des Weges zusammen zurücklegen können. Auch ist Nichts dagegen einzuwenden, daß die Ausbildung der Beamten die gleiche ist, schon im Interesse der Vielseitigkeit ihrer Ausbildung und der Möglichkeit für sie, sich ein ihren Fähigkeiten und Neigungen entsprechendes Tätigkeitsgebiet

jeder Zeit auszusuchen. Dagegen scheint es nur eine Verkennung unsrer gesundheitlichen Aufgaben zu sein, sie ganz Frauen zu überlassen. Ich habe auch unter Männern schon sehr geeignete Hilfskräfte gehabt; grade unter den Kriegsbeschädigten werden sich viele finden, denen eine solche Stelle eine befriedigende und ausreichend bezahlte Tätigkeit ermöglicht. Daß unsre Hilfskräfte gut vorgebildet sein müssen, ist selbstredend.

Ohne eine wissenschaftliche Verarbeitung des Stoffes hat unsere gesundheitliche Tätigkeit und sogar auch die fürsorgerische, nicht die Möglichkeit einer Vertiefung und Verbreiterung; ohne eine solche Aussicht wird sich kein denkender Mensch auf die Dauer befriedigt fühlen.

Zur Organisation der Säuglingsfürsorge auf dem Lande.

Von Kreisarzt Dr. **Karl Dohrn** in Hannover.

1. Unterricht der 12—14 jährigen Mädchen in der Säuglingspflege.

Im vergangenen Winter wurde der Unterricht der 12 bis 14jährigen Mädchen in der Säuglingspflege zum ersten Mal systematisch im Kreise Neustadt a. Rbge. durchgeführt. Maßgebend für dieses Unternehmen war die betrübende Wahrnehmung, daß man durch Belehrung der Mütter in den Mütterberatungsstunden nur recht wenig erreicht. Die Mütter sind in alten Vorurteilen und Anschauungen, die sie von den Großmüttern übernommen haben, befangen und nehmen von den Lehren der Säuglingspflege nur recht wenig an. Man muß also bei der Jugend anfangen.

Der Unterricht ist in folgender Weise durchgeführt:

Die beiden Kreisfürsorgerinnen des Kreises reisen von Dorf zu Dorf und sammeln hier die 12—14jährigen Mädchen zu dem Kursus. Die Kinder werden theoretisch und praktisch unterrichtet. Als Material dient eine große Puppe, Wäscheausstattung, Thermometer, Kochkiste etc. Die Kosten für die Ausrüstung einer Fürsorgerin muß man auf etwa 100—150 Mark berechnen, vorausgesetzt, daß anderes Material, der Säuglingskorb, Badewannen etc., an Ort und Stelle gestellt wird. Außerdem wird zum Unterricht der vom Kaiserin Auguste Victoria-Haus herauszugebende Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes (Vorzugspreis 80 M.) zu benutzen sein. Als Unterrichtsbuch dient die Säuglingspflegefibel von Schwester Antonie Zerwer (Verlag von Julius Springer, Einzelpreis 90 Pfg.). Der Unterricht am lebenden Säugling hat sich nicht bewährt, teils wegen der damit verbundenen Verantwortung, teils weil die Aufmerksamkeit der Kinder zu stark abgelenkt wird.

Den Abschluß des Kursus bildet jedesmal die Prüfung vor dem Fürsorgearzt, die in Gegenwart der Mütter und der Honorationen des Dorfes abgehalten wird. Von Wichtigkeit ist es, auch den Lehrer und Pfarrer des folgenden Dorfes dazu einzuladen, damit sie sich schon ein Bild von der Art und Weise des Unterrichts machen können.

Die Ergebnisse der Prüfungen übertreffen in jeder Hinsicht die kühnsten Erwartungen. Es war eine Freude zu sehen, mit welchem Eifer und angeborenen Geschick die Kinder die praktischen Aufgaben lösten und mit welchem Verständnis sie das Theoretische aufgenommen hatten. Den Inhalt der Säuglingsfibel beherrschten sie vollkommen. Meistens ging sogar ihr Wissen darüber hinaus. Das Ergebnis war um so besser, je mehr in der Schule schon durch den Lehrer vorgearbeitet war. Eine Ansprache des Pastors schloß die Prüfung. Die folgende Kaffeetafel mit Deklamation und Gesang machte die Prüfungen schnell volkstümlich, so daß die zunächst sich völlig ablehnend verhaltenden Mütter in immer größerer Anzahl sich dazu einfanden. Auf die Teilnahme der Mütter an der Prüfung wurde großer Wert gelegt. Manches Vorurteil wurde dadurch überwunden und manche Mutter verließ die Prüfung mit dem Bemerken, daß sie nicht nur selbst viel gelernt hatte, sondern daß sie auch dafür sorgen würde, daß im nächsten Jahre ihre Tochter wieder an dem Kursus teilnehmen würde.

Den Unterricht der 12—14jährigen Mädchen halte ich für eine der wichtigsten Maßnahmen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Ich möchte auf Grund unserer günstigen Erfahrungen empfehlen, diesen Unterricht überall da durchzuführen, wo geeignete Kreisfürsorgerinnen angestellt sind. Unbedingt notwendig ist es allerdings, daß die Unterricht erteilenden Fürsorgerinnen gründlich, d. h. mindestens 1 Jahr, in der Säuglingspflege ausgebildet sind und aus dem vollen Schatz der Erfahrung schöpfen können. Ein Unterricht durch oberflächlich, in einigen Wochen notdürftig ausgebildete Lehrerinnen, Pastorenfrauen etc. ist unter allen Umständen abzulehnen. Die Schwierigkeiten, die sich der Durchführung einer derartigen Neueinrichtung in einem ländlichen Kreise entgegenstellen, sind nämlich keineswegs gering. Die mannigfaltigsten Bedenken wurden geltend gemacht, besonders die „Gefährdung der Sittlichkeit“, weil die Mädchen hier vieles hören könnten, was dem kindlichen Gemüte schaden würde. Außerdem zweifelte man vielfach an den pädagogischen Fähigkeiten der Fürsorgerinnen. Alle diese Bedenken haben sich nach unseren Erfahrungen als völlig grundlos erwiesen. Die gründliche Durchbildung der Fürsorgerinnen und das Schöpfen aus einer reichen Erfahrung sichert die Autorität und verhütet Entgleisungen.

Ehe man an die Durchführung des Unterrichts geht, muß man selbstverständlich der Mithilfe der Lehrer und Pastoren gewiß sein. Es wurde deshalb zunächst eine Lehrerversammlung einberufen, die sich nach manchen Bedenken für die Erteilung des Unterrichts aussprach. Die Lehrerschaft hat auch die Fürsorgerinnen bei Erteilung des Unterrichts auf das Entgegenkommenste unterstützt. Des weiteren wurde dann ein Hauptausschuß für Säuglingspflege im Kreise gegründet, der alle Interessenten, insbesondere auch die Pastoren, zusammenfaßte und zur Mitarbeit veranlaßte.

Die Dauer der Kurse ließ sich leider nur auf 8 Tage bemessen, weil die beiden Fürsorgerinnen sonst nicht im Kreise herumkommen würden. Da die Kinder aber jedes Jahr den Unterricht genießen, so würde bei den 12jährigen schließlich doch ein vierwöchiger Kursus herauskommen.

Was die Finanzierung anbetrifft, so erhielten wir zunächst zur Beschaffung des Materials eine Beihilfe von 300 Mark von dem Provinzialausschuß für Säuglingspflege der Provinz Hannover. Die Fürsorgerinnen erhalten für jeden Unterrichtstag 3 Mark Vergütung. Diese Kosten brachten sich größtenteils dadurch wieder ein, daß am Schlusse jedes Kursus eine Sammlung für den Hauptausschuß für Säuglingspflege des Kreises (nicht etwa für die Kreis-Fürsorgerinnen!) veranstaltet wurde.

2. Kreisfürsorgerin.

Der grundlegende Unterschied zwischen Stadt und Land in der Säuglingspflege ist der, daß in der Stadt der Fürsorgebedürftige zur Fürsorge kommt, während umgekehrt auf dem Lande die Fürsorge möglichst zum Bedürftigen kommen muß. Die gleichen Verhältnisse bestehen ja auch bei der Tuberkulose-Fürsorge. Der Schwerpunkt der Fürsorge liegt deshalb in der aufsuchenden und aufklärenden Tätigkeit der Fürsorgerinnen in den Wohnungen. Ohne gründlich durchgebildete Fürsorgerinnen ist keine systematische Säuglingsfürsorge denkbar. Die Kosten für eine Kreisfürsorgerin, die auf mindestens 2000 Mark zu schätzen sind, werden sich immer wieder bezahlt machen.

Das zweckmäßigste ist es, die Säuglingsfürsorge mit der Tuberkulosefürsorge zu vereinigen. Für diese Zusammenlegung sprechen folgende Gründe:

1. Die beste Verhütung der Tuberkulose ist und bleibt nun einmal die Fürsorge für das heranwachsende Geschlecht. Wenn wir durch Stillpropaganda, Bekämpfung der englischen Krankheit, Kleinkinderfürsorge und schulärztliche Ueberwachung des schulpflichtigen Alters für eine kräftige Jugend sorgen, so werden wir damit am besten der Tuberkulose das Wasser abgraben.
2. Aus praktischen Gründen empfiehlt sich die Zusammenlegung deshalb, weil nur wenige ländliche Kreise in der Lage sein werden, neben der dringend notwendigen Tuberkulosefürsorge noch ein gleiches System der Säuglingsfürsorge zu unterhalten.
3. Die Einheitlichkeit der Fürsorgearbeit wird gewährleistet. Das bedauerliche Neben- und Gegeneinanderarbeiten wird vermieden.
4. Die Finanzierung des Unterhalts für die Kreisfürsorgerin ist sehr viel leichter, wenn die Mittel aus den beiden Fonds der Säuglings- und Tuberkulosefürsorge fließen.
5. Die Arbeitsfreudigkeit der Fürsorgerin erhöht sich durch die Ausdehnung ihrer Tätigkeit auf die Jugend. Man macht leider zu oft die Beobachtung, daß die Tuberkulose-

Fürsorgerin allmählich in einen gewissen Pessimismus verfällt. Die Beschäftigung mit dem fröhlichen Kindesalter mit sehr viel sichtbareren und schnelleren Erfolgen übt einen belebenen Einfluß auf die Tätigkeit der Fürsorgerin aus.

3. Kreisfürsorgearzt.

Der gegebene Leiter der ländlichen Säuglings- und Tuberkulosefürsorge ist der Kreisarzt. Nicht nur, weil er der staatlich mit diesen Aufgaben betraute Gesundheitsbeamte ist, der die Gesamtverhältnisse des Kreises am besten übersieht, sondern auch deshalb, weil er am unabhängigsten von der ärztlichen Praxis ist. Einem großen Teil der Schwierigkeiten, die sich aus der ärztlichen Konkurrenz ergeben, kann er leicht entgehen. Es bleibt ihm sehr viel eher der Vorwurf erspart, wenn er mit aller Energie auf die Behandlung krankbefundener Säuglinge dringt, daß er in die eigene Tasche arbeitet. Für den Kreisarzt selbst hat die Fürsorgetätigkeit den großen Nutzen, daß er einen tiefen Einblick in die Gesundheitsverhältnisse des Kreises gewinnt und daraus eine segensreiche Initiative entwickeln kann. Wenn ihm durch Uebertragung der Impfungen, die die jährliche Parade über den jungen Nachwuchs darstellen, Gelegenheit gegeben wird, jährlich in jedes Dorf zu kommen, oder wenn er als Schularzt angestellt wird, so wird sich auch die schwierige Frage der Besoldung für die Tätigkeit als Fürsorge arzt leichter lösen lassen.

4. Hebammen.

An dem Unterricht der 12—14 jährigen Mädchen und an den Säuglingsberatungsstellen nahmen die Hebammen regelmäßig teil. Sie erhielten für jede Stunde 1 Mark Vergütung, außerdem noch 50 Pfg. für jeden Besuch, den sie bei solchen Kindern machten, die einer besonderen Ueberwachung bedürfen. Die Teilnahme der Hebammen an dem Unterricht hat den Vorteil, daß sie ihr Wissen bei dieser Gelegenheit wieder auffrischen und dauernd auf dem Laufenden halten. Sie treten bei dieser Gelegenheit und auch bei den Mütterberatungsstunden in enge Beziehung mit dem Fürsorgearzt und der Fürsorgerin und werden mit dem Ziele und Zwecke der ganzen Organisation vertraut.

5. Mütterberatungsstellen.

In den kleineren, weitauseinander gezogenen Dörfern hat die Einrichtung einer Beratungsstelle keinen Zweck. Sie muß durch die aufsuchende Tätigkeit der Fürsorgerinnen in den Wohnungen ersetzt werden. In den größeren Dörfern wurde alle 2—3 Monate eine Mütterberatungsstunde abgehalten. Fast sämtliche Mütter fanden sich dazu ein. Dieser Erfolg wurde allerdings nur dadurch erreicht, daß die Gewährung von Zusatzmitteln nur in diesen Mütterberatungsstunden erfolgte. Es ist kaum zu erwarten, daß man in normalen Zeiten ohne diesen materiellen Hintergrund den gleichen Erfolg mit den Mütterberatungsstunden auf dem Lande haben wird.

Die Bekämpfung der Tuberkulose durch Schularzt und Lehrer.

Von Med.-Rat. Dr. **Wengler**, Kreisarzt in Groß-Gerau.

Die Tuberkulose ist eine Notstandskrankheit. Sie nimmt zu Kriegszeiten immer überhand, zumal in einem Kriege wie dem gegenwärtigen. Mit Recht hat man neuerdings zwecks Heilung der Tuberkulösen zu dem Mittel gegriffen, sie in erhöhtem Umfang unter besonders günstige und passende Ernährungsbedingungen zu bringen, Die gegenwärtige Verteilung der Nahrungsmittel bietet ja die beste Gelegenheit, dem Einzelnen die für seine gesundheitlichen Verhältnisse passende Ernährung wie nach dem Rezept zukommen zu lassen. Trotzdem hat sich das Mittel wegen der Schwierigkeit in seiner praktischen Ausführung bis jetzt als wenig wirkungsreich, ja sogar in der Form, wie es angewendet wurde, als für die Allgemeinheit bedenklich gezeigt. Man wies nämlich einfach dem Tuberkulösen eine bestimmte reichliche Menge für seinen Zustand passender Nährstoffe zu, kümmerte sich aber garnicht, ob sie der Kranke auch wirklich erhielt.

Jeder Tuberkulöse gehört doch einem Haushalt an, dem die für ihn, den Tuberkulösen, bestimmmten Zusatzmittel zufließen. Die Sache gestaltet sich dann in der Praxis so, daß der Kranke nur soviel davon erhält, als seiner mehr oder weniger dominierenden Stellung im Haushalt entspricht. Es kommt sogar vor, daß der „Tuberkulöse" nur als Vorwand benutzt wird, um nichtbedürftigen, kräftigen, gesunden Mitgliedern des Haushalts eine bessere Ernährung zu verschaffen. Die Folge ist einseitige Verschwendung der Nahrungsmittel. Die ohnehin knappe Ernährung der Allgemeinheit wird dadurch noch beschränkter; es können infolgedessen unter Umständen auch Gesunde in ihrer Ernährung schwer notleiden und tuberkulös werden.

Die bisherige Methode der Tuberkuloseernährung ist also sehr verbesserungsbedürftig. Für unsre Hauptaufgabe, der Vorbeugung der Tuberkulose müssen entschieden andere Wege beschritten werden. Wir müssen unser Augenmerk auf die mit *Anlage* zur Tuberkulose behafteten, in der Entwicklung begriffenen Individuen, also auf Schüler, richten. Sie müssen für die Vorzugsnahrung ins Auge gefaßt werden und ihre Speisung unter öffentlicher Kontrolle in der Schule stattfinden. Dieser Weg ist aussichtsreich und ökonomisch.

Die Behandlung der *ausgesprochenen* Tuberkulose durch Ernährungsbegünstigungen wie bisher ist sehr teuer, beeinträchtigt den Nahrungsschatz der Bevölkerung in hohem Grade und führt nur selten zu einer Dauerheilung. Die Rettung mit *Anlage* zu Tuberkulose Behafteter erfordert keinen so großen Aufwand; sie ist außerdem leichter und sicherer zu erreichen.

Die Schwierigkeit liegt nur in der Auffindung der jugend-

lichen Tuberkulosekandidaten. Es gilt ja namentlich diejenigen Schüler zu fassen, bei denen die Tuberkulose mit den speziell ärztlichen Untersuchungsmethoden noch nicht nachgewiesen ist. Wir sind also bei ihnen zunächst auf die Feststellung allgemeiner Symptome durch die Laienbeobachtung seitens des Lehrers angewiesen. Wir hätten diejenigen Schüler herauszufinden, die ab und zu hüsteln (ein richtiger Husten hat meistens nichts zu sagen), kränklich aussehen, im Körpergewicht abnehmen und, wie man sich ausdrückt, „kümmern", namentlich wenn sich herausstellt, daß ein naher Verwandter (Eltern oder Geschwister) an Lungenschwindsucht gestorben ist.

Nicht jeder Lehrer hat wohl den erforderlichen kritischen Blick und den nötigen Takt im Verkehr mit Tuberkulosekandidaten. Aber in einem größeren Lehrerkollegium ist doch einer oder der andere Lehrer zu finden, der gewissermaßen als Detektiv für die Fahndung auf Tuberkuloseanlage geeignet ist. Durch tägliche Beobachtung der Schüler namentlich in den Pausen, in denen er sie alle beisammen sieht, wird er sich rasch ein Urteil bilden können. Zu beachten ist dabei namentlich, daß nicht alle kränklich aussehenden Kinder auch mit Anlage zu Tuberkulose behaftet sind. Bei den Mädchen z. B. handelt es sich häufig nur um Blutarmut. Anderseits ist bei Knaben die Anlage zur Tuberkulose deshalb schwer zu erkennen, da sie oft besonders forsch aufzutreten suchen und nicht gern als krank angesehen sein wollen. Die Erhaltung der Knaben ist aber gerade dem Zeitbedürfnis entsprechend besonders wichtig. Es kommen zunächst nur die Jahresklassen von 10 bis 14 Jahren in Betracht. Nur ausnahmsweise können jüngere Schüler berücksichtigt werden, wenn ihre häuslichen Verhältnisse sehr schlecht sind.

Dem Schularzt liegt es ob, die Lehrer zu instruieren, das Ergebnis ihrer Feststellung vom speziell ärztlichen Standpunkt aus nachzuprüfen und die Entscheidung darüber zu treffen, welche Schüler für die Vorzugsernährung in Betracht kommen.

Von allen Organen im Tuberkulosefahndungsdienst, vom Schularzt und vom Lehrer, sind aber große Einsicht und Uneigennützigkeit zu verlangen. Sie müssen gefeit sein gegen Bettel und schwächliches Mitleid. Sie dürfen kein eignes persönliches Interesse und keine Nebenzwecke verfolgen; sie sollen einzig und allein ihre Aufgabe darin erblicken, dem Staate leistungsfähige Menschen zu erhalten. Fällt einmal die Auswahl nicht im Sinne des Einzelnen aus, dann darf er unter keinen Umständen irgendwelche persönliche Empfindlichkeit zeigen.

Die Speisung der Kinder mit Tuberkuloseanlage findet im Kreise Groß-Gerau täglich einmal in der Schule statt. Jedes erhält da zunächst nur ¼ Liter Vollmilch und 15 gr. Butter. Das dazu gehörige Brot bringt es selbst mit.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die außerordentliche amtliche Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Allenstein am 9. August 1917 im Sitzungssaale der Königl. Regierung zu Allenstein.

In Vertretung des verstorbenen Regierungspräsidenten eröffnete Herr Ober-Reg.-Rat Schmid um 10 Uhr vorm. die Versammlung. Außer den Kreisärzten zu Johannisburg, Lötzen, Lyck, Neidenburg, Ortelsburg, Rössel, sind die Kreisarztvertreter, Kreisarzt Dr. Schürmeyer-Allenstein, Kreisassistenzärzte Dr. Finckh-Osterode und Dr. Schilling-Sensburg erschienen. An der Versammlung nahmen ferner teil: Ober-Reg.-Rat Brandis, Dirigent der Abt. II, Reg.-Rat Dr. Höhnen, Reg. und Geh. Med.-Rat Dr. Herrmann und nach dem ersten Vortrag General- und stellvertretender Korpsarzt des XX G. K. Dr. Arndt.

Nach einleitenden Worten des Herrn Ober Reg.-Rat Schmid über die zurzeit in Allenstein stattfindende Wanderausstellung für Säuglingspflege und die dringende Notwendigkeit der gesundheitlichen Fürsorge zur Erhaltung eines kräftigen Nachwuchses begrüßt Dr. Herrmann die Vertreter der Regierung und den Herrn Generalarzt Dr. Arndt und widmet dem verstorbenen Regierungs-Präsidenten von Hellmann einen warm empfundenen Nachruf. Er weist auf die außerordentlich bedrohliche Lage hin, in die der Bezirk durch den Ausbruch und die lange Dauer des Krieges versetzt sei, auf den bedenklichen Mangel an Aerzten und auf die Unmöglichkeit, zurzeit Abhilfe gegenüber anerkannt unhygienischen Verhältnissen auf dem Gebiete der Trinkwasserversorgung und Beseitigung der Abfallstoffe zu schaffen. Wenn es trotzdem und trotz des Einbruches der Russen und der monatelangen feindlichen Besetzung mehrerer Kreise gelungen sei, umfängliche Seuchen nicht aufkommen zu lassen, so sei damit der beste Beweis geliefert, daß die Medizinalbeamten bei strengster Innehaltung der ihnen gegebenen Richtlinien Großes in der Bekämpfung der übertragbaren und gemeingefährlichen Krankheiten auch in den vom Feinde schwer heimgesuchten Bezirken zu leisten vermögen.

I. Der erste Berichterstatter, Kreisarzt Dr. **Franz**-Lötzen, leitete durch einen Vortrag den **Austausch über die Erfahrungen in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit seit Errichtung der Kreisfürsorgeämter** ein.

Er begrüßt die straffe Zentralisation, die gemäß der Regierungsverfügungen durch die Errichtung eines Fürsorgeamtes mit dem Landrat als Vorsteher, mit dem Kreisarzte als technischen Leiter und mit dem Vorsitzenden des Kreisverbandes des Vaterländischen Frauenvereins als Kreisfürsorgerin geschaffen ist. Seine Lehrgänge und Vorträge in Lötzen und in größeren Ortschaften über die Pflege und Ernährung des Säuglings sind gut besucht gewesen; die Teilnehmerinnen, Damen der höheren Stände, Lehrerinnen und Lehrerfrauen, sämtliche Hebammen, aber auch weiter Frauen und herangewachsene Töchter aus dem Volke haben bei der regelmäßig vorgenommenen Abschlußprüfung gute oder zum mindesten befriedigende Kenntnisse gezeigt. Seit der Errichtung eines der hochherzigen Spende eines Kaufmanns zu verdankenden kleinen Säuglingsheims hofft er mit dem theoretischen einen praktischen Lehrgang durch die leitende, lange Jahre vorgebildete Schwester verbinden zu können; zu diesen Kursen sollen aus den einzelnen Kirchspielen nach Auswahl durch die Vaterländischen Frauenvereine geeignete Helferinnen herangezogen werden.

Das in einem leeren Pfarrwitwenhause zu Lotzen eingerichtete Säuglingsheim ist nur für gesunde, eheliche oder uneheliche Säuglinge bestimmt, denen eine geeignete häusliche Pflege und zweckmäßige Ernährung fehlt, während kranke Säuglinge schon wegen des Mangels an Absonderungsräumen nicht aufgenommen werden. Die Dauer ihres Verbleibens im Heim richtet sich nach ihrem körperlichen Zustand und den häuslichen und familiären Verhältnissen, über die durch Helferinnen oder Gemeindeschwestern Erkundigungen an Ort und Stelle eingezogen werden. Die Vorstehende des Heims ist die Vorsitzende des Vaterländischen Frauenvereins, die ärztliche Leitung und Aufsicht liegt in den Händen des Kreisarztes, die leitende Schwester erhält neben freier Station einen Monatsgehalt von 75, die zweite Pflegerin von 40 Mk. Der Säug-

lingspflegesatz ist vorläufig auf 25 Mk. monatlich festgesetzt. Zuschüsse aus Mitteln der öffentlichen Armen- und Kriegswohlfahrtspflege, aus Beiträgen der Vaterländischen Frauenvereine und sonstige Wohlfahrtsvereinigungen sind erforderlich.

Einen Einblick in die Gesundheitspflege und Ernährungsverhältnisse der Säuglinge hat sich die leitende Schwester des Heims durch ihre Teilnahme an den öffentlichen durch den Kreisarzt wahrgenommenen Impfterminen verschafft. Wegen Anstellung einer Wanderschwester für Säuglingsfürsorge schweben zurzeit Verhandlungen mit der Patenstadt für Lötzen Frankfurt a. M., die nicht abgeneigt erscheint, für diesen Zweck Mittel — die jährlichen Kosten werden auf 3000 M. eingeschätzt — zur Verfügung zu stellen.

Von sonstigen Maßnahmen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit hat sich nach den Erfahrungen des Berichterstatters außer der umfangreichen Verteilung von Merkblättern die Beschaffung größerer Vorräte für die Bedürfnisse der Säuglingspflege, z. B. von Gummisaugern und Gummiunterlagen und namentlich von Nahrungsmitteln, wie Haferflocken und Gries, sehr bewährt. Die Nachfrage ist eine außerordentlich große; bisher ist es aber trotz mancher Schwierigkeiten der Vorsitzenden des Kreisverbandes des Vaterländischen Frauenvereins fast immer möglich gewesen, den Anforderungen gerecht zu werden.

Ueber alle Neugeborenen werden unter Zugrundelegung des Standesamtsregister von den Helferinnen und Vertrauensdamen örtliche Listen geführt, deren Zusammenstellung und Prüfung auf dem Kreisfürsorgeamte erfolgt. Zur Erledigung des Schreibwerks wird späterhin ein Bureaubeamter vom Landratsamte gestellt werden. Die Ueberwacung des Haltekinderwesens geschieht außerdem an der Hand der von den Ortspolizeibehörden einzureichenden Verzeichnisse. Auch haben die Hebammen allwöchentlich dem Kreisarzte über die von ihnen geleiteten Geburten Meldung zu erstatten. Diese doppelten Meldungen sind notwendig, um die im Kreise noch sehr häufigen Fälle von Hebammenpfuscherei rechtzeitig zu ermitteln und der Amtsanwaltschaft zur weiteren Verfolgung bekannt zu geben.

Neben dem Säuglingsheime ist in Lötzen, wo sich eine Munitionsfabrik befindet, in der etwa 300 Frauen beschäftigt werden, für deren Kinder bis zu 2 Jahren eine „Tagkrippe" geschaffen, die unter der Leitung einer Diakonisse aus dem Mutterhause Bethanien und unter der Oberleitung der Schwester des Säuglingsheims steht. Außerdem wirken in der Krippe als Helferinnen mehrere vom Kreisarzte durch einen Lehrgang vorgebildete Damen. Für die vollständige Verpflegung eines solchen Kindes zahlt die Mutter täglich 15 Pfennige an den Vaterländischen Frauenverein, auch erhalten die Kinder fast ausschließlich bis zum vollendeten ersten Lebensjahre und darüber früh und abends zu Hause die Mutterbrust. Diese Tagkrippe ist eine besondere Abteilung des schon seit längerer Zeit vom Vaterländischen Frauenverein gegründeten Kinderhortes für Kinder im noch nicht und im schulpflichtigen Alter geworden. Eine Verbreitung übertragbarer Krankheiten hat im Kinderhorte oder durch ihn bisher nicht stattgefunden. Eine Säuglingsfürsorge- und Mutterberatungsstelle sind die weiteren Einrichtungen, die ihre Entstehung dem Fürsorgeamte verdanken.

Zum Schlusse weist der Berichterstatter auf die Notwendigkeit eines innigen Zusammenarbeitens der Wohltätigkeitsvereine mit dem Leiter des Fürsorgeamtes hin und macht den Erfolg der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in kleineren Städten und Landkreisen in erster Reihe abhängig von dem Interesse des Landrats für diesen Zweig der sozialen Fürsorge und von der Initiative und der persönlichen praktischen, bisher ehrenamtlichen Beteiligung des Kreisarztes.

Aussprache: Dr. Herrmann begrüßt die überall zutage getretenen Bestrebungen und die seit Errichtung der Kreisfürsorgeämter geschaffenen Einrichtungen; er fordert namentlich auch eine eingehende und umfassende Fürsorge für die Haltekinder und alle unehelichen Kinder und empfiehlt die strengsten Vorsichtsmaßnahmen zur Abwendung der Gefahr der Uebertragung ansteckender Krankheiten in Tagkrippen und Kinderhorten.

Dr. Wollermann berichtet kurz über die Einrichtung im Kreise Lyck und hält die Anstellung einer mit einem Fahrrade ausgestatteten Fürsorgeschwester für sehr empfehlenswert. Auch er hat von den Lehrgängen gute Er-

folge gesehen, fürchtet aber, daß bei der großen Indolenz der Bevölkerung nur langsam die Belehrung Früchte zeitigen wird.

Dr. Patschke hält die Hebammen für die berufenen Säuglingspflegerinnen auf dem Lande und ihre weitere besondere Ausbildung auf diesem Gebiete für dringend erforderlich.

Dr. Schürmeyer schließt sich dem Vorredner an und befürwortet Depots für Säuglingspflegeartikel auf dem Lande.

Dr. v. Petrykowski: Im Kreise Ortelsburg scheiden die Hebammen aus der Säuglingsfürsorge vollständig aus, Kosten und Entfernungen verbieten ihre Mitarbeit. Dagegen haben sich die über 100 freiwilligen in einem Lehrgange ausgebildeten Helferinnen bisher sehr bewährt.

Dr. Herrmann spricht sich gegen den völligen Ausschluß der Hebammen aus; leider haben sie sich bisher weder in der Säuglingsfürsorge, noch in der Wöchnerinnenfürsorge ausreichend betätigt, hier sei dringend Abhilfe geboten und deshalb ohne freiwillige Helferinnen zurzeit nicht auszukommen. Er weist auch auf die Wichtigkeit der Heranziehung älterer Schulkinder zum Säuglingsunterricht hin.

Ob.-Reg.-Rat Brandis: Die Ausführung des Beschlusses, Lehrgänge für die älteren Mädchen abzuhalten, scheiterte bisher an dem Mangel geeigneten Lehrmaterials.

Dr. Wollermann und Dr. Franz erklären sich zu solchen Lehrgängen und Vortragsstunden bereit. Viele Lehrerinnen haben an den Kursen von Dr. Franz teilgenommen und werden nach Wiederholung der Kurse zur Erteilung des Unterrichts befähigt sein.

Ob.-Reg.-Rat Schmid betont die Wichtigkeit der statistischen monatlichen Nachweisungen über die in den Kreisen vorgekommenen Todesfälle und fordert zu pünktlicher Einsendung auf.

II. Der zweite Berichterstatter — Kreisarzt Dr. **Klare**-Johannisburg — behandelte die Frage der **Zweckmäßigkeit der Unterstellung der Tuberkulosebekämpfung unter die Kreisfürsorgeämter.** Er geht aus von der statistisch nachgewiesenen Zunahme der Tuberkulosesterblichkeit während des Krieges und an der Hand des Rundschreibens des Herrn Reichskanzlers vom 18. III. 1917 von der Notwendigkeit des beschleunigten Ausbaues der Fürsorgestellen für Lungenkranke unter Heranziehung aller auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge sich betätigenden Kräfte. Der große Umfang der Aufgaben der Lungenfürsorgestellen, die er im einzelnen aufzählt und außer der Aufklärung der Bevölkerung, der Ermittlung der Tuberkulosekranken, ihrer wirtschaftlichen und häuslichen Verhältnisse, der Leitung usw. insonderheit auf weitgehendste prophylaktische Maßnahmen gegenüber den tuberkulosegefährdeten Personen mit Gewährung von längerem Aufenthalt auf dem Lande, an der See, in Soolbädern, Ferienkolonien, Walderholungsstätten usw. ausgedehnt wissen will, erfordert große Geldmittel, für deren Gewährung die kommunalen Behörden, Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten, die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, Wohltätigkeitsvereine, die ostpreußische Fürsorgezentrale, das deutsche Zentralkomite zur Bekämpfung der Tuberkulose in erster Reihe in Betracht kommen.

Die Organisation der Kreisfürsorgeämter mit dem Landrat als Vorstand, der auf finanziellem Gebiete wirksame Unterstützung gewähren und vermitteln kann, mit dem Kreisarzt als staatlichen Gesundheitsbeamten und technischen Leiter der verschiedenen Wohlfahrtsbestrebungen, dem die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten ohnehin obliegt und der durch seine Dienststellung, sofern er sich der Konkurrenz enthält, den nötigen Einfluß auf die nicht zu entbehrende Mitarbeit der praktischen Aerzte und auf die Beteiligung des ärztlichen Hilfspersonals, der Gemeindeschwestern, Desinfektoren usw. besitzt, erscheint dem Berichterstatter durchaus geeignet die in dem erwähnten Rundschreiben des Herrn Reichskanzlers ausgesprochenen Erwartungen für ein gemeinsames Arbeiten verschiedener Fürsorgeorganisationen zu erfüllen. Mit der einheitlichen Zusammenfassung wird eine wesentliche Ersparnis an Arbeitskräften und Betriebsmitteln erzielt. Als ganz besonders empfehlenswert und praktisch spricht er sich für die Einrichtung einer Karthothek auf dem Kreisfürsorgeamt nach Döllners Vorschlag aus und faßt seine Ausführungen in folgende Sätze zusammen:

„1. Bei dem Ansteigen der Tuberkulosesterblichkeit ist eine Vermehrung der Tuberkulosefürsorgestellen und deren gesteigerte Tätigkeit notwendig.

2. Die Unterstellung der neu zu gründenden und bestehenden Fürsorgestellen unter die Fürsorgeämter erscheint zweckmäßig.

3. Die vermehrte Heranziehung berufsmäßiger Fürsorgerinnen — besonders von Gemeindeschwestern und Landpflegerinnen — neben den Freiwilligen Helferinnen ist anzustreben.

4. Die Selbständigkeit der einzelnen Fürsorgeorganisationen, besonders auf finanziellen Gebiete, soll auch bei der Unterstellung unter die Fürsorgeämter erhalten bleiben.

In der Aussprache geht Dr. Herrmann kurz auf den neuesten Oberpräsidialerlaß über die Sicherstellung der Tuberkulosebekämpfungsmittel und die Gründung von Provinzialausschüssen ein mit dem Hinweise, daß an der Unzulänglichkeit der privaten Mittel jede rationelle und durchgehende Bekämpfung der Krankheit scheitern würde. Er befürwortet die Unterstellung unter das Fürsorgeamt.

Dr. Wollermann wünscht in erster Reihe die Ausdehnung der Anzeigepflicht auf die einzelnen Krankheitsfälle. Die Zahl der Tuberkulosekranken sei so groß, daß diese Maßnahme voll gerechtfertigt sei. Er hegte Bedenken gegen die Verwendung des gleichen Fürsorgepersonals in der Säuglings- und Tuberkulosefürsorge und hält die Zahl der in seinem Kreise vorhandenen in der Tuberkulosefürsorge sonst wohlbewährten Gemeindepflegerinnen für zu gering.

Dr. Franz verfügt in seinem Kreise über doppelt so viele Gemeindepflegestationen und befürwortet, wie in seiner Kreisstadt Lötzen bereits geschehen ist, die Errichtung von Tuberkuloseheimen für Kranke mit offener und unheilbarer Tuberkulose. Er hält die Einführung der Anzeigepflicht für Erkrankungsfälle für sehr unwahrscheinlich; die Belehrung und Aufklärung muß zunächst an ihre Stelle treten.

Dr. Schürmeyer weist auf das Berufsgeheimnis der Aerzte hin und berichtet über seine günstigen Erfahrungen in der Bekämpfung der Tuberkulose im Kreise Hümling; insbesondere hält er für sehr wertvoll die Anstellung von Schulärzten und mindestens im Jahre zweimalige Untersuchungen der Schulkinder durch sie. Das Wohl der Kinder führt den Schularzt in die Häuser und Wohnungen. Er befürwortet dringend eine Vermehrung der Freibetten in Krankenhäusern und Heilstätten, deren hygienische Erziehung von großem Werte sei.

Dr. Herrmann hält es für zweifelhaft, ob mit der Bekanntgabe eines Tuberkuloseerkrankungsfalles zu dem in Frage stehenden Zwecke die unbefugte Offenbarung eines Privatgeheimnisses gegeben sei; denn die Krankheit sei übertragbar und gefährde die Allgemeinheit. Die vermehrte Anstellung von Schulärzten sei sehr empfehlenswert, die Vorschriften über die nur alle 5 Jahre stattfindenden kreisärztlichen Schulbesichtigungen bedürfen der Aenderung und Ergänzung namentlich bezüglich des Gesundheitszustandes der Kinder. Bei Gründung von Tuberkuloseheimen sei zu vermeiden, daß sie beim Publikum den Ruf von Schwindsuchtssterbehäusern erhalten.

Dr. Klare hat gelegentlich der Granulosebekämpfung manchen Fall von Tuberkulose unter den Schulkindern aufgedeckt und Veranlassung genommen, die Schüler über die Gefahren der Lungen- und Kehlkopftuberkulose aufzuklären.

Ob.-Reg.-Rat Schmid wünscht ein vorsichtiges Arbeiten mit den zurzeit nur geringen Mitteln. An hoffnungslose Fälle sollte nichts verschwendet werden; für den Heilbaren lassen sich schon jetzt bei gehörigem Eifer Mittel, z. T. wohl auch aus staatlichen Quellen beschaffen.

III. Der dritte Berichterstatter, Kreisarzt Dr. **Patschke-Neidenburg**, spricht über **Maßnahmen zur Verhütung der Einschleppung des Fleckfiebers in die Grenzkreise durch polnische Kartoffelgraber.**

Er gibt eine Schilderung der Fleckfieberfälle in seinem Kreise seit dem November 1916. Polnische Arbeiter waren wie alljährlich zur Kartoffelernte von den Landwirten durch die Arbeiterzentrale herangezogen. Durch lange Verhandlungen mit Warschau und dem Ministerium war Eile geboten und ein großer Teil der Arbeiter kam unsaniert über die Grenze. Auf einem Gute erkrankte der Pole K., er wurde ohne Meldung angeblich wegen Untaug-

lichkeit mit 10 Arbeitsgenossen entlassen, hielt sich im Wartesaal III. Klasse zu Soldau am 16. Oktober vor der Rückkekr nach Polen über Nacht auf und setzte dort infizierte Läuse ab. Er selbst wurde vom Kreisarzt in Liechanow am 2. November als fleckfieberkrank erkannt. Zu gleicher Zeit erkrankten in Soldau der Bahnhofswirt, sein Kellner, ein Arbeiter aus dem Gute, auf dem K. beschäftigt gewesen war, zwei Handwerker aus der Umgebung von Soldau, die täglich im Wartetaal III. Kl. ihren Heimzug abgewartet hatten, und ein Unteroffizier aus Dt. Eylau, der am 16. Oktober sich auf dem Bahnhofe Soldau aufgehalten hatte. Sämtliche Zivilkranke und ihre Umgebung wurden im Soldauer Krankenhause isoliert; sie genasen bis auf einen, der am 10. Krankheitstage starb. Am 2. Dezember schien die Epidemie im Kreise Neidenburg erloschen; nur im polnischen Kreise Praschnitzt kamen noch mehrere Fleckfieberfälle vor, die auf die gleiche Quelle zurückzuführen waren. — Am 8. Januar 1917 wurde die Erkrankung von 3 Mitgliedern einer Häuslersfamilie B. aus Soldau an Unterleibstyphus gemeldet. Die klinischen Symptome sprachen insgesamt für Abdominaltyphus, die Blutuntersuchung ergab einen positiven Widal 1 : 200 bei der Frau B. Außer den beiden weiteren Kranken waren 4 Kinder derselben Familie angeblich Anfang und Mitte Dezember unpäßlich, aber ohne ärztliche Behandlung genesen. In allen diesen Fällen handelte es sich, wie später durch die Weil-Felixsche Reaktion und durch weitere Ereignisse festgestellt wurde, um Fleckfieber. Frau B. und ihre Kinder hatten Mitte Oktober viel auf dem Bahnhof verkehrt und waren schon im November eins hinter dem andern erkrankt. Mitte Januar erkrankte der Sohn der Frau B. als Handlungslehrling in Mohrungen an Fleckfieber; er war Weihnachten bei seiner Mutter in Soldau gewesen. Es erkrankte ferner der Desinfektor und ein Ackerbürger, die die Sachen der Familie B. in das Krankenhaus geschafft, die Krankenschwester und noch 12 Personen, die in näherem Vekehr mit der Familie B. gestanden hatten. Von diesen Kranken hatten noch 2 einen positiven Widal 1 : 100 und 1 : 200, darunter allerdings ein beim Militär gegen Typhus Geimpfter. — Im Juli 1917 kamen noch 2 Fleckfieberfälle unter polnischen Arbeitern aus dem Kreise Kowno vor, von denen einer auch zunächst als Unterleibstyphus angesprochen war. Diese beiden waren beim Uebergange über die Grenze entlaust worden, erwiesen sich aber wieder als verlaust.

Nach Patschkes Beobachtungen ergibt sich folgendes:

Die Erkennung der Krankheit ist manchmal schwer, eine Verwechselung mit Unterleibstyphus zumal bei gleichzeitigem positiven Widal, einmal sogar mit Delirium tremens ist sehr wohl möglich.

Die Kinder erkranken im Gegensatze zu dem Erwachsenen häufig sehr leicht und können das Fleckfieber ambulant durchmachen.

Nur bei etwa der Hälfte sämtlicher Kranken wurden Kleider- und Kopfläuse gefunden, eine einmalige Entlausung ist unzureichend.

In 5 Fällen wurde die Weil-Felixsche Blutreaktion ausgeführt, 4 mal war sie bei auch klinisch nachher sicher festgestelltem Fleckfieber positiv, einmal negativ; der Fall erwies sich im weiteren Verlauf als Oberlappenpneumonie.

Eine noch so innige Berührung mit läusefreien Kranken verursacht keine Uebertragung.

Bei der Notwendigkeit der Versorgung der Landwirtschaft mit ausreichenden Kräften zur Kartoffelernte und des Schutzes der einheimischen Bevölkerung vor Seuchen empfiehlt der Berichterstatter:

Die Sammlung der Arbeiter nur aus seuchenfreien Gegenden, ihre Sanierung an der Grenze und weitere Beobachtung an den Arbeitsstätten, gegebenenfalls eine Quarantäne von 14 Tagen vor dem Uebergange mit Impfung und zweimaliger Entlausung. Die Entlausung der Kleider und Gebrauchsgegenstände wird in den vorhandenen Entlausungsanstalten und in fahrbaren durch die Militärbehörden gestellten Desinfektionswagen, die Reinigung der Arbeiter in Badenotbehelfseinrichtungen vorgenommen. Außerdem sind die Arbeitgeber anzuweisen, die einheimische Bevölkerung von den polnischen Kartoffelgrabern streng getrennt zu halten und jeden Erkrankungsfall bei den letzteren unverzüglich der Polizeibehörde oder dem Kreisarzt unmittelbar anzuzeigen. Die sonstigen Maßnahmen bei etwaigem Ausbruche der Krankheit

sind als bekannt vorauszusetzen und ergeben sich zum Teil aus den mitgeteilten Wahrnehmungen.

Bei der **Aussprache** hebt Generalarzt Dr. Arndt hervor, daß die Inkubationsdauer auf 3 Wochen anzunehmen ist, daß Weil-Felix bei Blutentnahme vor dem 6. Tage des öfteren versagt.

Dr. Herrmann hält auch eine zweimalige Wohnungsdesinfektion nach ausreichender Erwärmung der Räume im Winter zur Abtötung der aus den Nissen nach der ersten Ausräucherung ausgeschlüpften Läuse für dringend erforderlich und ebenso bei der Schwierigkeit der Diagnose die Behandlung jedes Fleckfieberverdachtsfalles zunächst als Fleckfieberfall.

Dr. Klare und Dr. Wollermann berichten über die gegenseitigen Mitteilungen über Infektionskrankheiten mit den Kreisärzten der Grenzkreise des Warschauer Verwaltungsgebietes. Wöchentliche Nachweisungen werden auch in den Grenzkreisen Neidenburg und Ortelsburg ausgetauscht und sollen demnächst in Urschrift oder Abschrift dem Regierungspräsidenten überreicht werden.

Ob.-Reg.-Rat Schmid wünscht, daß den polnischen Arbeitern der Uebergang auf deutsches Gebiet nicht allzu sehr erschwert werde, weil dadurch enorme Werte verloren gehen könnten.

Nach der Versammlung wurde die Wanderausstellung für Säuglingsfürsorge besichtigt; dann hielt ein gemeinschaftliches Kriegsmittagessen die Teilnehmer noch mehrere Stunden zusammen. Dr. Herrmann.

Besprechungen.

Dr. Rudolf Abel, Geh. Ober-Med.-Rat und ordentlicher Professor der Hygiene an der Universität Jena: **Bakteriologisches Taschenbuch.** 26. Auflage. Würzburg 1917. Verlag von Curt Kabitzsch. 12°, 142 S. Preis: geb. 2,50 Mark.

Ungeachtet der Kriegsläufe ist schon nach Jahresfrist die Herausgabe einer neuen Auflage des mit Recht weitverbreiteten und außerordentlich beliebten Taschenbuches notwendig geworden, die diesmal zahlreiche Ergänzungen und Verbesserungen bringt. Einzelne Kapitel, z. B. die Choleraauntersuchung, Milzbrand, Rotz, Tetanus und Typhus sind ganz umgestaltet, solche über Gasbrand und ähnliche Erkrankungen, Schweinerotlauf und bakteriologische Fleischbeschau neu hinzugefügt. Im übrigen sind Anordnung und leitender Gedanke die gleichen geblieben. Die neue Auflage wird deshalb sicherlich die gleiche freundliche Aufnahme wie ihre vielen Vorgängerinnen finden. Rpd.

Med.-Rat Prof. Dr. Otto Busse, Direktor des pathologischen Instituts der Universität Zürich: **Das Obduktionsprotokoll.** Fünfte, völlig umgearbeitete Auflage. Berlin 1917. Verlag von Richard Schoetz. Gr. 8°, 172 Seiten. Preis: geb. 6,50 Mark.

Das „Obduktionsprotokoll“ hat in der neuen fünften Auflage insofern eine völlige Umgestaltung erfahren, als die auf die pathologische Anatomie bezüglichen Hinweise an zutreffender Stelle als Anmerkungen beigefügt sind. Dadurch ist die Möglichkeit gegeben, sich leicht und schnell über die in Betracht kommenden krankhaften Veränderungen der Organe zu unterrichten, ein Umstand, durch den der Gebrauchswert des Buches erheblich gewonnen hat, zumal auch diese Hinweise ganz wesentlich ergänzt und vervollständigt sind. Das „Obduktionsprotokoll“ verdient deshalb in noch erhöhtem Maße die bevorzugte Stellung bei den beamteten und nicht beamteten Aerzten, die es sich mit Recht seit seinem ersten Erscheinen erworben hat. Rpd.

Prof. Dr. C. Adam-Berlin. **Die Militärärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete des Ersatzwesens und der militärärztlichen Versorgung.** I. und II. Teil. Jena 1917. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°, 320 und 344 Seiten. Preis: 5 bezw. 7 M., geb. 6,50 und 9 M.

Die im Auftrage des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen von dessen Generalsekretär herausgegebenen Vorträge können allen Aerzten, insbesondere auch den Medizinalbeamten dringend empfohlen

werden, denn die Gutachtertätigkeit des nichtbeamteten wie des beamteten Arztes wird nicht nur jetzt, sondern auch nach dem Kriege weit mehr als bisher, namentlich auf dem Gebiete der militärischen Versorgung, in Anspruch genommen werden. Für diese Tätigkeit bieten die Vorträge außerordentlich wertvolle Unterlagen und Richtlinien, deren Beachtung für die beteiligten Kreise um so wünschenswerter ist, als dadurch eine gewisse Einheitlichkeit in der Beurteilung erreicht werden kann, soweit dies überhaupt mit Rücksicht auf das subjektive Interesse des Einzelnen möglich ist. Die dargebotenen, von erstklassigen Fachmännern gehaltenen zwanzig Vorträge umfassen alle hier in Betracht kommenden Fragen; sie verdienen das eingehendste Studium und die weiteste Verbreitung. Rpd.

Prof. Dr. J. Schwalbe, Geh. San.-Rat in Berlin-Charlottenburg: **Behandlung akut bedrohlicher Krankheiten.** Ein Lehrbuch für die Praxis. Mit 26 Abbildungen; I. Band. Leipzig 1917. Verlag von Georg Thieme. Gr. 8°, 458 S. Preis: 9 M., geb. 13,20 M.).

Die in dem von hervorragenden Fachmännern bearbeitenden Werke enthaltenen Aufsätze geben dem praktischem Arzte in ebenso vorzüglicher als knapper Darstellung eine schnelle Uebersicht über die Aufgaben und Mittel für diejenigen Fälle, in denen lebensgefährliche Erscheinungen ein rasches und erfolgsicheres Eingreifen fordern. Sie erstrecken sich auf das gesamte Gebiet der Medizin und sind ausschließlich für die Bedürfnisse und die Arbeitsmöglichkeiten des Praktikers ausgewählt. Der vorliegende erste Band bringt Aufsätze über die Behandlung akut bedrohlicher innerer Krankheiten (Prof. Dr. Grober-Jena), akut bedrohlicher Zustände bei Tropenkrankheiten (Prof. Dr. Mühlens-Hamburg), akut bedrohlicher geburtshilflicher und gynäkologischer Erkrankungen (Porf. Dr. Jung-Göttingen), akut bedrohlicher Erkrankungen des Kindesalters (Prof. Dr. Tobler-Breslau und Prof. Dr. Peiper-Greifswald), akut schwerer Infektionen im Bereiche der Orbita, (Prof. Dr. Schieck-Halle a. S.) und akut bedrohlicher Ohrenerkrankungen (Prof. Dr. Kümmel-Heidelberg). Alle Aufsätze lassen die reiche Erfahrung der Verfasser erkennen und werden demzufolge ebenso wie das ganze Werk ihren Zweck im vollsten Maße erfüllen Rpd.

Prof. Dr. J. Schwalbe, Geh. San.-Rat in Berlin-Charlottenburg: **Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung.** Leipzig 1917 und 1918. Verlag von Georg Thieme. Heft 1—4; Gr. 8°, 71, 131, 81 und 58 S. Preis: 3, 4,20, 3 und 4,50 Mark.

„Es contrario soll sich der Arzt die Krankheitsbilder richtig deuten und die zweckmäßige Therapie wählen lernen", das ist der didaktische Plan des vorliegenden Werkes, dessen sachgemäße Durchführung sich hervorragende Mitarbeiter mit bestem Erfolg haben angelegen sein lassen. Der leitenden Idee und dem praktischen Ziele entsprechend wird mit Recht in den einzelnen Abhandlungen auf theoretische Erörterungen, Literaturangaben usw. verzichtet; desgleichen erscheinen diese als abgeschlossene Einzelhefte; ein Verfahren, das den Verfassern den Vorteil größerer Freiheit in bezug auf den Umfang ihrer Darstellung gibt. Von den bisher erschienenen Heften: Krankheiten des Stoffwechsels (Prof. Dr. F. A. Hoffmann-Leipzig), Psychiatrie (Prof. Dr. Meyer-Königsberg i. Pr.), Neurosen (Prof. Dr. Weber-Chemnitz) und Unfallneurosen (Prof. Dr. O. Nägeli-Tübingen), Zivil- und strafrechtliche Haftung des Arztes für Kunstfehler (Reichsgerichtsrat Dr. Ebermayer), interessieren die Leser dieser Zeitschrift namentlich die drei zuletzt genannten Abhandlungen, die auch ihrem ganzen Inhalt nach die wärmste Empfehlung verdienen. Rpd.

Tagesnachrichten.

Der König von Bayern hat die Errichtung einer **Deutschen Forschungsanstalt für Lebensmittelchemie in München** nach Maßgabe der Stiftungsurkunde vom 3. April 1918 genehmigt und seine besondere Anerkennung sowohl den Spendern der Mittel für ihren hochherzigen gemeinsamen Opfersinn,

als dem Geh. Reg.-Rat und Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Paul in München für seine Verdienste um die Errichtung der Stiftung ausgesprochen.

In **Oesterreich** ist die Regierungsvorlage betr. **Errichtung eines Gesundheitsministeriums** vom Abgeordnetenhause in allen Lesungen angenommen. Das neue Ministerium steht unter selbständiger Leitung eines ärztlichen Fachmanns; über seine Aufgaben ist in Nr. 3 dieser Zeitschrift, S. 46 berichtet.

Nach einer amtlichen **Bekanntmachung des Regentschaftsrats des Königreichs Polen** sind die bisher dem Ministerium des Innern unterstellten Angelegenheiten der Gesundheitspflege der Zuständigkeit des Ministeriums für soziale Fürsorge und Arbeitsschutz überwiesen, das infolgedessen den Namen: **Ministerium für öffentliche Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Arbeitsschutz** erhalten hat. Die Vollstreckung dieser Aenderung ist dem Ministerpräsidenten, dem Minister des Innern, sowie dem Minister für öffentliche Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Arbeitsschutz übertragen. Zum Minister dieses neuen Ministeriums usw. ist Dr. Witold Chodyko ernannt.

Das **50jährige Doktorjubiläum** hat, wie wir erst nachträglich erfahren haben, am 23. v. M. Geh. Med.-Rat Dr. **Haebler**, Kreisarzt a. D. in Nordhausen gefeiert. Der Jubilar gehört zu den wenigen noch lebenden preußischen Medizinalbeamten, die im Jahre 1883 den Preußischen Medizinalbeamtenverein mitbegründet haben. Er hat fast auf keiner Hauptversammlung gefehlt und stets regen Anteil an den Verhandlungen genommen. In seiner langjährigen Tätigkeit als Medizinalbeamter hat er sich infolge seiner Tüchtigkeit und seiner reichen praktischen Erfahrungen die größte Achtung bei seinen vorgesetzten Behörden sowohl, als bei seinen Berufsgenossen und den Kreisinsassen erworben. Auch während des Krieges ist er trotz seines hohen Alters wieder in Tätigkeit gewesen, dank der großen körperlichen wie geistigen Frische, deren er sich bisher erfreut hat. Möge ihm diese noch viele Jahre erhalten bleiben!

Todesfälle. Der Preußische Medizinalbeamtenverein hat in jüngster Zeit [illegible] wieder zwei Vereinsmitglieder durch den Tod verloren: Am 2. d. M. [illegible] Med.-Rat Prof. Dr. **Beumer**, langjähriger Direktor des Instituts für gerichtliche Medizin und Kreisarzt in Greifswald, der sich in weiten Kreisen [illegible] durch seine bahnbrechenden biologischen Blutuntersuchungen einen Namen gemacht hat, im Alter von [illegible] Jahren gestorben, nachdem er ganz kurz vorher in den Ruhestand getreten war. — Am 3. d. M. ist der Kreisassistenzarzt [illegible] **von Hovell** in [illegible], beauftragt mit Wahrnehmung der kreisärztlichen Geschäfte in [illegible], im jugendlichen Alter von 32 Jahren [illegible] Herzschwäche nach schwerem überstandenem Flecktyphus erlegen, den er sich bei der Ausübung kreisärztlicher Tätigkeit durch Ansteckung zugezogen hat. [illegible] ein ebenso tüchtiger wie liebenswürdiger [illegible], dem [illegible] eine hoffnungsvolle Laufbahn bevorstand.

[illegible]

Ehrentafel. Es haben weiter [illegible] erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

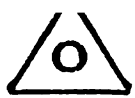
[illegible] in Dresden.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am weiß-schwarzen Bande:

[illegible] im Reichsgesundheitsamt in Berlin.

[illegible] Schriftleitung: [illegible], Geh. Med.-Rat in [illegible].

[illegible]

1. Jahrgang; Nr. 9.  Ausgegeben am 5. Mai 19

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von

Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins
durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 9 am Schlusse des Hefte

als dem Geh. Reg.-Rat und Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Paul in München für seine Verdienste um die Errichtung der Stiftung ausgesprochen.

In **Oesterreich** ist die Regierungsvorlage betr. **Errichtung eines Gesundheitsministeriums** vom Abgeordnetenhause in allen Lesungen angenommen. Das neue Ministerium steht unter selbständiger Leitung eines ärztlichen Fachmanns; über seine Aufgaben ist in Nr. 3 dieser Zeitschrift, S. 46 berichtet.

Nach einer amtlichen **Bekanntmachung des Regentschaftsrats des Königreichs Polen** sind die bisher dem Ministerium des Innern unterstellten Angelegenheiten der Gesundheitspflege der Zuständigkeit des Ministeriums für soziale Fürsorge und Arbeitsschutz überwiesen, das infolgedessen den Namen: **Ministerium für öffentliche Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Arbeitsschutz** erhalten hat. Die Vollstreckung dieser Aenderung ist dem Ministerpräsidenten, dem Minister des Innern, sowie dem Minister für öffentliche Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Arbeitsschutz übertragen. Zum Minister dieses neuen Ministeriums usw. ist Dr. Wibold Chodyko ernannt.

Das **50jährige Doktorjubiläum** hat, wie wir erst nachträglich erfahren haben, am 23. v. M. Geh. Med.-Rat Dr. **Haebler,** Kreisarzt a. D. in Nordhausen gefeiert. Der Jubilar gehört zu den wenigen noch lebenden preußischen Medizinalbeamten, die im Jahre 1883 den Preußischen Medizinalbeamtenverein mitbegründet haben. Er hat fast auf keiner Hauptversammlung gefehlt und stets regen Anteil an den Verhandlungen genommen. In seiner langjährigen Tätigkeit als Medizinalbeamter hat er sich infolge seiner Tüchtigkeit und seiner reichen praktischen Erfahrungen die größte Achtung bei seinen vorgesetzten Behörden sowohl, als bei seinen Berufsgenossen und den Kreisinsassen erworben. Auch während des Krieges ist er trotz seines hohen Alters wieder in Tätigkeit gewesen, dank der großen körperlichen wie geistigen Frische, denen er sich bisher erfreut hat. Möge ihm diese noch viele Jahre erhalten bleiben!

Todesfälle. Der Preußische Medizinalbeamtenverein hat in jüngster Zeit leider wieder zwei Vereinsmitglieder durch den Tod verloren: Am 2. d. M. ist der Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Beumer,** langjähriger Direktor des Instituts für gerichtliche Medizin und Kreisarzt in Greifswald, der sich in weiten Kreisen besonders durch seine bahnbrechenden biologischen Blutuntersuchungen einen Namen gemacht hat, im Alter von 68 Jahren gestorben, nachdem er ganz kurz vorher in den Ruhestand getreten war. — Am 3. d. M. ist der Kreisassistenzarzt Dr. **von Hövell** in Charlottenburg, beauftragt mit Wahrnehmung der kreisärztlichen Geschäfte in Teltow-Ost, im jugendlichen Alter von 32 Jahren, plötzlich einer Herzschwäche nach soeben überstandenem Flecktyphus erlegen, den er sich bei der Ausübung kreisärztlicher Tätigkeit durch Ansteckung zugezogen hatte. Der Verstorbene war ein ebenso tüchtiger wie liebenswürdiger Medizinalbeamte, dem sicherlich noch eine hoffnungsvolle Laufbahn bevorstand.

Ehre ihrem Andenken!

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

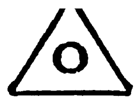
Dr. Paul Geyer, Anstaltsarzt der Heil- und Pflegeanstalt in Dresden.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am weiß-schwarzen Bande:

Geh. Reg.-Rat Dr. Wutzdorf, Direktor im Reichsgesundheitsamt in Berlin.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

31. Jahrgang; Nr. 9.  Ausgegeben am 5. Mai 19

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 9 am Schlusse des Heftes

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Titel Professor: den Privatdozenten Dr. Sowade und Dr. Schürmann in Halle a. S., Dr. Loewe, Dr. Hauschild, Dr. Oehme, Dr. Ehrenberg und Dr. Ebbecke in Göttingen, sowie den Dozenten Dr. Besserer, Kreisarzt und Med.-Assessor, und Dr. Többen, Strafanstaltsarzt in Münster i. W.; — der Kronenorden II. Klasse mit Schwertern: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Krause in Berlin.

Ernannt: zu Kreisassistenzärzten: die praktischen Aerzte Dr. Spiecker in Neidenburg, beauftragt mit der Verwaltung der Kreisarztstelle in Rotenburg a. d. Fulda, Dr. Salgendorf in Berlin für den Kreis Teltow (West), Dr. Fehsenfeld in Danzig für den Stadtkreis Danzig und Dr. Knape in Friedrichshof für den Kreis Ortelsburg, Tierarzt Dr. Zschieche in Berlin zum ständigen Mitarbeiter des Kaiserlichen Gesundheitamts, Privatdozent Prof. Dr. Liepmann, Direktor der städtischen Irrenanstalt in Lichtenberg-Herzberge, zum ordentlichen Honorarprofessor der med. Fakultät der Universität Berlin,

(Fortsetzung der Personalien auf Seite 5 des Umschlags.)

Geh. Med.-Rat Dr. Kolle, Direktor des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M., zum ordentlichen Honorarprofessor in der dortigen med. Fakultät, Prof. Dr. Löhlein, Prosektor am städtischen Krankenhause Westend-Charlottenburg zum ordentlichen Professor an der medizinischen Fakultät in Marburg; Prof Dr. Wetzel, Privatdozent und Prosektor in Breslau, zum außerordentlichen Professor und Abteilungsvorsteher am anatomischen Institut der Universität Halle a. Saale.

Versetzt: die Kreisärzte Dr. Wittich in Fritzlar nach Merseburg und Dr. Klein in Grottkau als Gerichtsarzt nach Elberfeld.

Gestorben: Geh. San.-Rat Dr. Hirschberg, Kreisphysikus a. D. in Posen, Geh. Med.-Rat Dr. Behrend, Kreisarzt in Kolberg und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Joseph Doutrelepont in Bonn.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: der Titel und Rang eines K. Geheimen Hofrates: dem Ob.-Med.-Rat Dr. Gustav von Hößlin, Leibarzt Sr. Majestät des Königs.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Gutermann in Alzenau nach Neumarkt (Oberfranken)

Gestorben: Med.-Rat Dr. Schmidt, bezirksärztlicher Stellvertreter in Burgebrach (Oberfranken).

(Schluß auf der vorletzten Seite.)



lichen Tuberkulosekandidaten. Es gilt ja namentlich diejenigen Schüler zu fassen, bei denen die Tuberkulose mit den speziell ärztlichen Untersuchungsmethoden noch nicht nachgewiesen ist. Wir sind also bei ihnen zunächst auf die Feststellung allgemeiner Symptome durch die Laienbeobachtung seitens des Lehrers angewiesen. Wir hätten diejenigen Schüler herauszufinden, die ab und zu hüsteln (ein richtiger Husten hat meistens nichts zu sagen), kränklich aussehen, im Körpergewicht abnehmen und, wie man sich ausdrückt, „kümmern", namentlich wenn sich herausstellt, daß ein naher Verwandter (Eltern oder Geschwister) an Lungenschwindsucht gestorben ist.

Nicht jeder Lehrer hat wohl den erforderlichen kritischen Blick und den nötigen Takt im Verkehr mit Tuberkulosekandidaten. Aber in einem größeren Lehrerkollegium ist doch einer oder der andere Lehrer zu finden, der gewissermaßen als Detektiv für die Fahndung auf Tuberkuloseanlage geeignet ist. Durch tägliche Beobachtung der Schüler namentlich in den Pausen, in denen er sie alle beisammen sieht, wird er sich rasch ein Urteil bilden können. Zu beachten ist dabei namentlich, daß nicht alle kränklich aussehenden Kinder auch mit Anlage zu Tuberkulose behaftet sind. Bei den Mädchen z. B. handelt es sich häufig nur um Blutarmut. Anderseits ist bei Knaben die Anlage zur Tuberkulose deshalb schwer zu erkennen, da sie oft besonders forsch aufzutreten suchen und nicht gern als krank angesehen sein wollen. Die Erhaltung der Knaben ist aber gerade dem Zeitbedürfnis entsprechend besonders wichtig. Es kommen zunächst nur die Jahresklassen von 10 bis 14 Jahren in Betracht. Nur ausnahmsweise können jüngere Schüler berücksichtigt werden, wenn ihre häuslichen Verhältnisse sehr schlecht sind.

Dem Schularzt liegt es ob, die Lehrer zu instruieren, das Ergebnis ihrer Feststellung vom speziell ärztlichen Standpunkt aus nachzuprüfen und die Entscheidung darüber zu treffen, welche Schüler für die Vorzugsernährung in Betracht kommen.

Von allen Organen im Tuberkulosefahndungsdienst, vom Schularzt und vom Lehrer, sind aber große Einsicht und Uneigennützigkeit zu verlangen. Sie müssen gefeit sein gegen Bettel und schwächliches Mitleid. Sie dürfen kein eignes persönliches Interesse und keine Nebenzwecke verfolgen; sie sollen einzig und allein ihre Aufgabe darin erblicken, dem Staate leistungsfähige Menschen zu erhalten. Fällt einmal die Auswahl nicht im Sinne des Einzelnen aus, dann darf er unter keinen Umständen irgendwelche persönliche Empfindlichkeit zeigen.

Die Speisung der Kinder mit Tuberkuloseanlage findet im Kreise Groß-Gerau täglich einmal in der Schule statt. Jedes erhält da zunächst nur 1/4 Liter Vollmilch und 15 gr. Butter. Das dazu gehörige Brot bringt es selbst mit.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die außerordentliche amtliche Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Allenstein am 9. August 1917 im Sitzungssaale der Königl. Regierung zu Allenstein.

In Vertretung des verstorbenen Regierungspräsidenten eröffnete Herr Ober-Reg.-Rat Schmid um 10 Uhr vorm. die Versammlung. Außer den Kreisärzten zu Johannisburg, Lötzen, Lyck, Neidenburg, Ortelsburg, Rössel, sind die Kreisarztvertreter, Kreisarzt Dr. Schürmeyer-Allenstein, Kreisassistenzärzte Dr. Finckh-Osterode und Dr. Schilling-Sensburg erschienen. An der Versammlung nahmen ferner teil: Ober-Reg.-Rat Brandis, Dirigent der Abt. II, Reg.-Rat Dr. Höhnen, Reg. und Geh. Med.-Rat Dr. Herrmann und nach dem ersten Vortrag General- und stellvertretender Korpsarzt des XX G. K. Dr. Arndt.

Nach einleitenden Worten des Herrn Ober Reg.-Rat Schmid über die zurzeit in Allenstein stattfindende Wanderausstellung für Säuglingspflege und die dringende Notwendigkeit der gesundheitlichen Fürsorge zur Erhaltung eines kräftigen Nachwuchses begrüßt Dr. Herrmann die Vertreter der Regierung und den Herrn Generalarzt Dr. Arndt und widmet dem verstorbenen Regierungs-Präsidenten von Hellmann einen warm empfundenen Nachruf. Er weist auf die außerordentlich bedrohliche Lage hin, in die der Bezirk durch den Ausbruch und die lange Dauer des Krieges versetzt sei, auf den bedenklichen Mangel an Aerzten und auf die Unmöglichkeit, zurzeit Abhilfe gegenüber anerkannt unhygienischen Verhältnissen auf dem Gebiete der Trinkwasserversorgung und Beseitigung der Abfallstoffe zu schaffen. Wenn es trotzdem und trotz des Einbruches der Russen und der monatelangen feindlichen Besetzung mehrerer Kreise gelungen sei, umfängliche Seuchen nicht aufkommen zu lassen, so sei damit der beste Beweis geliefert, daß die Medizinalbeamten bei strengster Innehaltung der ihnen gegebenen Richtlinien Großes in der Bekämpfung der übertragbaren und gemeingefährlichen Krankheiten auch in den vom Feinde schwer heimgesuchten Bezirken zu leisten vermögen.

I. Der erste Berichterstatter, Kreisarzt Dr. **Franz-Lötzen, leitete durch einen Vortrag den Austausch über die Erfahrungen in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit seit Errichtung der Kreisfürsorgeämter ein.**

Er begrüßt die straffe Zentralisation, die gemäß der Regierungsverfügungen durch die Errichtung eines Fürsorgeamtes mit dem Landrat als Vorsteher, mit dem Kreisarzte als technischen Leiter und mit dem Vorsitzenden des Kreisverbandes des Vaterländischen Frauenvereins als Kreisfürsorgerin geschaffen ist. Seine Lehrgänge und Vorträge in Lötzen und in größeren Ortschaften über die Pflege und Ernährung des Säuglings sind gut besucht gewesen; die Teilnehmerinnen, Damen der höheren Stände, Lehrerinnen und Lehrerfrauen, sämtliche Hebammen, aber auch weiter Frauen und herangewachsene Töchter aus dem Volke haben bei der regelmäßig vorgenommenen Abschlußprüfung gute oder zum mindesten befriedigende Kenntnisse gezeigt. Seit der Errichtung eines der hochherzigen Spende eines Kaufmanns zu verdankenden kleinen Säuglingsheims hofft er mit dem theoretischen einen praktischen Lehrgang durch die leitende, lange Jahre vorgebildete Schwester verbinden zu können; zu diesen Kursen sollen aus den einzelnen Kirchspielen nach Auswahl durch die Vaterländischen Frauenvereine geeignete Helferinnen herangezogen werden.

Das in einem leeren Pfarrwitwenhause zu Lotzen eingerichtete Säuglingsheim ist nur für gesunde, eheliche oder uneheliche Säuglinge bestimmt, denen eine geeignete häusliche Pflege und zweckmäßige Ernährung fehlt, während kranke Säuglinge schon wegen des Mangels an Absonderungsräumen nicht aufgenommen werden. Die Dauer ihres Verbleibens im Heim richtet sich nach ihrem körperlichen Zustand und den häuslichen und familiären Verhältnissen, über die durch Helferinnen oder Gemeindeschwestern Erkundigungen an Ort und Stelle eingezogen werden. Die Vorstehende des Heims ist die Vorsitzende des Vaterländischen Frauenvereins, die ärztliche Leitung und Aufsicht liegt in den Händen des Kreisarztes, die leitende Schwester erhält neben freier Station einen Monatsgehalt von 75, die zweite Pflegerin von 40 Mk. Der Säug-

lichen Tuberkulosekandidaten. Es gilt ja namentlich diejenigen Schüler zu fassen, bei denen die Tuberkulose mit den speziell ärztlichen Untersuchungsmethoden noch nicht nachgewiesen ist. Wir sind also bei ihnen zunächst auf die Feststellung allgemeiner Symptome durch die Laienbeobachtung seitens des Lehrers angewiesen. Wir hätten diejenigen Schüler herauszufinden, die ab und zu hüsteln (ein richtiger Husten hat meistens nichts zu sagen), kränklich aussehen, im Körpergewicht abnehmen und, wie man sich ausdrückt, „kümmern", namentlich wenn sich herausstellt, daß ein naher Verwandter (Eltern oder Geschwister) an Lungenschwindsucht gestorben ist.

Nicht jeder Lehrer hat wohl den erforderlichen kritischen Blick und den nötigen Takt im Verkehr mit Tuberkulosekandidaten. Aber in einem größeren Lehrerkollegium ist doch einer oder der andere Lehrer zu finden, der gewissermaßen als Detektiv für die Fahndung auf Tuberkuloseanlage geeignet ist. Durch tägliche Beobachtung der Schüler namentlich in den Pausen, in denen er sie alle beisammen sieht, wird er sich rasch ein Urteil bilden können. Zu beachten ist dabei namentlich, daß nicht alle kränklich aussehenden Kinder auch mit Anlage zu Tuberkulose behaftet sind. Bei den Mädchen z. B. handelt es sich häufig nur um Blutarmut. Anderseits ist bei Knaben die Anlage zur Tuberkulose deshalb schwer zu erkennen, da sie oft besonders forsch aufzutreten suchen und nicht gern als krank angesehen sein wollen. Die Erhaltung der Knaben ist aber gerade dem Zeitbedürfnis entsprechend besonders wichtig. Es kommen zunächst nur die Jahresklassen von 10 bis 14 Jahren in Betracht. Nur ausnahmsweise können jüngere Schüler berücksichtigt werden, wenn ihre häuslichen Verhältnisse sehr schlecht sind.

Dem Schularzt liegt es ob, die Lehrer zu instruieren, das Ergebnis ihrer Feststellung vom speziell ärztlichen Standpunkt aus nachzuprüfen und die Entscheidung darüber zu treffen, welche Schüler für die Vorzugsernährung in Betracht kommen.

Von allen Organen im Tuberkulosefahndungsdienst, vom Schularzt und vom Lehrer, sind aber große Einsicht und Uneigennützigkeit zu verlangen. Sie müssen gefeit sein gegen Bettel und schwächliches Mitleid. Sie dürfen kein eignes persönliches Interesse und keine Nebenzwecke verfolgen; sie sollen einzig und allein ihre Aufgabe darin erblicken, dem Staate leistungsfähige Menschen zu erhalten. Fällt einmal die Auswahl nicht im Sinne des Einzelnen aus, dann darf er unter keinen Umständen irgendwelche persönliche Empfindlichkeit zeigen.

Die Speisung der Kinder mit Tuberkuloseanlage findet im Kreise Groß-Gerau täglich einmal in der Schule statt. Jedes erhält da zunächst nur $^1/_4$ Liter Vollmilch und 15 gr. Butter. Das dazu gehörige Brot bringt es selbst mit.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die außerordentliche amtliche Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Allenstein am 9. August 1917 im Sitzungssaale der Königl. Regierung zu Allenstein.

In Vertretung des verstorbenen Regierungspräsidenten eröffnete Herr Ober-Reg.-Rat Schmid um 10 Uhr vorm. die Versammlung. Außer den Kreisärzten zu Johannisburg, Lötzen, Lyck, Neidenburg, Ortelsburg, Rössel, sind die Kreisarztvertreter, Kreisarzt Dr. Schürmeyer-Allenstein, Kreisassistenzärzte Dr. Finckh-Osterode und Dr. Schilling-Sensburg erschienen. An der Versammlung nahmen ferner teil: Ober-Reg.-Rat Brandis, Dirigent der Abt. II, Reg.-Rat Dr. Höhnen, Reg. und Geh. Med.-Rat Dr. Herrmann und nach dem ersten Vortrag General- und stellvertretender Korpsarzt des XX G. K. Dr. Arndt.

Nach einleitenden Worten des Herrn Ober Reg.-Rat Schmid über die zurzeit in Allenstein stattfindende Wanderausstellung für Säuglingspflege und die dringende Notwendigkeit der gesundheitlichen Fürsorge zur Erhaltung eines kräftigen Nachwuchses begrüßt Dr. Herrmann die Vertreter der Regierung und den Herrn Generalarzt Dr. Arndt und widmet dem verstorbenen Regierungs-Präsidenten von Hellmann einen warm empfundenen Nachruf. Er weist auf die außerordentlich bedrohliche Lage hin, in die der Bezirk durch den Ausbruch und die lange Dauer des Krieges versetzt sei, auf den bedenklichen Mangel an Aerzten und auf die Unmöglichkeit, zurzeit Abhilfe gegenüber anerkannt unhygienischen Verhältnissen auf dem Gebiete der Trinkwasserversorgung und Beseitigung der Abfallstoffe zu schaffen. Wenn es trotzdem und trotz des Einbruches der Russen und der monatelangen feindlichen Besetzung mehrerer Kreise gelungen sei, umfängliche Seuchen nicht aufkommen zu lassen, so sei damit der beste Beweis geliefert, daß die Medizinalbeamten bei strengster Innehaltung der ihnen gegebenen Richtlinien Großes in der Bekämpfung der übertragbaren und gemeingefährlichen Krankheiten auch in den vom Feinde schwer heimgesuchten Bezirken zu leisten vermögen.

I. Der erste Berichterstatter, Kreisarzt Dr. **Franz**-Lötzen, leitete durch einen Vortrag den **Austausch über die Erfahrungen in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit seit Errichtung der Kreisfürsorgeämter** ein.

Er begrüßt die straffe Zentralisation, die gemäß der Regierungsverfügungen durch die Errichtung eines Fürsorgeamtes mit dem Landrat als Vorsteher, mit dem Kreisarzte als technischen Leiter und mit dem Vorsitzenden des Kreisverbandes des Vaterländischen Frauenvereins als Kreisfürsorgerin geschaffen ist. Seine Lehrgänge und Vorträge in Lötzen und in größeren Ortschaften über die Pflege und Ernährung des Säuglings sind gut besucht gewesen; die Teilnehmerinnen, Damen der höheren Stände, Lehrerinnen und Lehrerfrauen, sämtliche Hebammen, aber auch weiter Frauen und herangewachsene Töchter aus dem Volke haben bei der regelmäßig vorgenommenen Abschlußprüfung gute oder zum mindesten befriedigende Kenntnisse gezeigt. Seit der Errichtung eines der hochherzigen Spende eines Kaufmanns zu verdankenden kleinen Säuglingsheims hofft er mit dem theoretischen einen praktischen Lehrgang durch die leitende, lange Jahre vorgebildete Schwester verbinden zu können; zu diesen Kursen sollen aus den einzelnen Kirchspielen nach Auswahl durch die Vaterländischen Frauenvereine geeignete Helferinnen herangezogen werden.

Das in einem leeren Pfarrwitwenhause zu Lotzen eingerichtete Säuglingsheim ist nur für gesunde, eheliche oder uneheliche Säuglinge bestimmt, denen eine geeignete häusliche Pflege und zweckmäßige Ernährung fehlt, während kranke Säuglinge schon wegen des Mangels an Absonderungsräumen nicht aufgenommen werden. Die Dauer ihres Verbleibens im Heim richtet sich nach ihrem körperlichen Zustand und den häuslichen und familiären Verhältnissen, über die durch Helferinnen oder Gemeindeschwestern Erkundigungen an Ort und Stelle eingezogen werden. Die Vorstehende des Heims ist die Vorsitzende des Vaterländischen Frauenvereins, die ärztliche Leitung und Aufsicht liegt in den Händen des Kreisarztes, die leitende Schwester erhält neben freier Station einen Monatsgehalt von 75, die zweite Pflegerin von 40 Mk. Der Säug-

lingspflegesatz ist vorläufig auf 25 Mk. monatlich festgesetzt. Zuschüsse aus Mitteln der öffentlichen Armen- und Kriegswohlfahrtspflege, aus Beiträgen der Vaterländischen Frauenvereine und sonstige Wohlfahrtsvereinigungen sind erforderlich.

Einen Einblick in die Gesundheitspflege und Ernährungsverhältnisse der Säuglinge hat sich die leitende Schwester des Heims durch ihre Teilnahme an den öffentlichen durch den Kreisarzt wahrgenommenen Impfterminen verschafft. Wegen Anstellung einer Wanderschwester für Säuglingsfürsorge schweben zurzeit Verhandlungen mit der Patenstadt für Lötzen Frankfurt a. M., die nicht abgeneigt erscheint, für diesen Zweck Mittel — die jährlichen Kosten werden auf 3000 M. eingeschätzt — zur Verfügung zu stellen.

Von sonstigen Maßnahmen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit hat sich nach den Erfahrungen des Berichterstatters außer der umfangreichen Verteilung von Merkblättern die Beschaffung größerer Vorräte für die Bedürfnisse der Säuglingspflege, z. B. von Gummisaugern und Gummiunterlagen und namentlich von Nahrungsmitteln, wie Haferflocken und Gries, sehr bewährt. Die Nachfrage ist eine außerordentlich große; bisher ist es aber trotz mancher Schwierigkeiten der Vorsitzenden des Kreisverbandes des Vaterländischen Frauenvereins fast immer möglich gewesen, den Anforderungen gerecht zu werden.

Ueber alle Neugeborenen werden unter Zugrundelegung des Standesamtsregister von den Helferinnen und Vertrauensdamen örtliche Listen geführt, deren Zusammenstellung und Prüfung auf dem Kreisfürsorgeamte erfolgt. Zur Erledigung des Schreibwerks wird späterhin ein Bureaubeamter vom Landratsamte gestellt werden. Die Ueberwacung des Haltekinderwesens geschieht außerdem an der Hand der von den Ortspolizeibehörden einzureichenden Verzeichnisse. Auch haben die Hebammen allwöchentlich dem Kreisarzte über die von ihnen geleiteten Geburten Meldung zu erstatten. Diese doppelten Meldungen sind notwendig, um die im Kreise noch sehr häufigen Fälle von Hebammenpfuscherei rechtzeitig zu ermitteln und der Amtsanwaltschaft zur weiteren Verfolgung bekannt zu geben.

Neben dem Säuglingsheime ist in Lötzen, wo sich eine Munitionsfabrik befindet, in der etwa 300 Frauen beschäftigt werden, für deren Kinder bis zu 2 Jahren eine „Tagkrippe“ geschaffen, die unter der Leitung einer Diakonisse aus dem Mutterhause Bethanien und unter der Oberleitung der Schwester des Säuglingsheims steht. Außerdem wirken in der Krippe als Helferinnen mehrere vom Kreisarzte durch einen Lehrgang vorgebildete Damen. Für die vollständige Verpflegung eines solchen Kindes zahlt die Mutter täglich 15 Pfennige an den Vaterländischen Frauenverein, auch erhalten die Kinder fast ausschließlich bis zum vollendeten ersten Lebensjahre und darüber früh und abends zu Hause die Mutterbrust. Diese Tagkrippe ist eine besondere Abteilung des schon seit längerer Zeit vom Vaterländischen Frauenverein gegründeten Kinderhortes für Kinder im noch nicht und im schulpflichtigen Alter geworden. Eine Verbreitung übertragbarer Krankheiten hat im Kinderhorte oder durch ihn bisher nicht stattgefunden. Eine Säuglingsfürsorge- und Mutterberatungsstelle sind die weiteren Einrichtungen, die ihre Entstehung dem Fürsorgeamte verdanken.

Zum Schlusse weist der Berichterstatter auf die Notwendigkeit eines innigen Zusammenarbeitens der Wohltätigkeitsvereine mit dem Leiter des Fürsorgeamtes hin und macht den Erfolg der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in kleineren Städten und Landkreisen in erster Reihe abhängig von dem Interesse des Landrats für diesen Zweig der sozialen Fürsorge und von der Initiative und der persönlichen praktischen, bisher ehrenamtlichen Beteiligung des Kreisarztes.

Aussprache: Dr. Herrmann begrüßt die überall zutage getretenen Bestrebungen und die seit Errichtung der Kreisfürsorgeämter geschaffenen Einrichtungen; er fordert namentlich auch eine eingehende und umfassende Fürsorge für die Haltekinder und alle unehelichen Kinder und empfiehlt die strengsten Vorsichtsmaßnahmen zur Abwendung der Gefahr der Uebertragung ansteckender Krankheiten in Tagkrippen und Kinderhorten.

Dr. Wollermann berichtet kurz über die Einrichtung im Kreise Lyck und hält die Anstellung einer mit einem Fahrrade ausgestatteten Fürsorgeschwester für sehr empfehlenswert. Auch er hat von den Lehrgängen gute Er-

folge gesehen, fürchtet aber, daß bei der großen Indolenz der Bevölkerung nur langsam die Belehrung Früchte zeitigen wird.

Dr. Patschke hält die Hebammen für die berufenen Säuglingspflegerinnen auf dem Lande und ihre weitere besondere Ausbildung auf diesem Gebiete für dringend erforderlich.

Dr. Schürmeyer schließt sich dem Vorredner an und befürwortet Depots für Säuglingspflegeartikel auf dem Lande.

Dr. v. Petrykowski: Im Kreise Ortelsburg scheiden die Hebammen aus der Säuglingsfürsorge vollständig aus, Kosten und Entfernungen verbieten ihre Mitarbeit. Dagegen haben sich die über 100 freiwilligen in einem Lehrgange ausgebildeten Helferinnen bisher sehr bewährt.

Dr. Herrmann spricht sich gegen den völligen Ausschluß der Hebammen aus; leider haben sie sich bisher weder in der Säuglingsfürsorge, noch in der Wöchnerinnenfürsorge ausreichend betätigt, hier sei dringend Abhilfe geboten und deshalb ohne freiwillige Helferinnen zurzeit nicht auszukommen. Er weist auch auf die Wichtigkeit der Heranziehung älterer Schulkinder zum Säuglingsunterricht hin.

Ob.-Reg.-Rat Brandis: Die Ausführung des Beschlusses, Lehrgänge für die älteren Mädchen abzuhalten, scheiterte bisher an dem Mangel geeigneten Lehrmaterials.

Dr. Wollermann und Dr. Franz erklären sich zu solchen Lehrgängen und Vortragsstunden bereit. Viele Lehrerinnen haben an den Kursen von Dr. Franz teilgenommen und werden nach Wiederholung der Kurse zur Erteilung des Unterrichts befähigt sein.

Ob.-Reg.-Rat Schmid betont die Wichtigkeit der statistischen monatlichen Nachweisungen über die in den Kreisen vorgekommenen Todesfälle und fordert zu pünktlicher Einsendung auf.

II. Der zweite Berichterstatter — Kreisarzt Dr. **Klare**-Johannisburg — behandelte die Frage der **Zweckmäßigkeit der Unterstellung der Tuberkulosebekämpfung unter die Kreisfürsorgeämter.** Er geht aus von der statistisch nachgewiesenen Zunahme der Tuberkulosesterblichkeit während des Krieges und an der Hand des Rundschreibens des Herrn Reichskanzlers vom 18. III. 1917 von der Notwendigkeit des beschleunigten Ausbaues der Fürsorgestellen für Lungenkranke unter Heranziehung aller auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge sich betätigenden Kräfte. Der große Umfang der Aufgaben der Lungenfürsorgestellen, die er im einzelnen aufzählt und außer der Aufklärung der Bevölkerung, der Ermittlung der Tuberkulosekranken, ihrer wirtschaftlichen und häuslichen Verhältnisse, der Leitung usw. insonderheit auf weitgehendste prophylaktische Maßnahmen gegenüber den tuberkulosegefährdeten Personen mit Gewährung von längerem Aufenthalt auf dem Lande, an der See, in Soolbädern, Ferienkolonien, Walderholungsstätten usw. ausgedehnt wissen will, erfordert große Geldmittel, für deren Gewährung die kommunalen Behörden, Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten, die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, Wohltätigkeitsvereine, die ostpreußische Fürsorgezentrale, das deutsche Zentralkomite zur Bekämpfung der Tuberkulose in erster Reihe in Betracht kommen.

Die Organisation der Kreisfürsorgeämter mit dem Landrat als Vorstand, der auf finanziellem Gebiete wirksame Unterstützung gewähren und vermitteln kann, mit dem Kreisarzt als staatlichen Gesundheitsbeamten und technischen Leiter der verschiedenen Wohlfahrtsbestrebungen, dem die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten ohnehin obliegt und der durch seine Dienststellung, sofern er sich der Konkurrenz enthält, den nötigen Einfluß auf die nicht zu entbehrende Mitarbeit der praktischen Aerzte und auf die Beteiligung des ärztlichen Hilfspersonals, der Gemeindeschwestern, Desinfektoren usw. besitzt, erscheint dem Berichterstatter durchaus geeignet die in dem erwähnten Rundschreiben des Herrn Reichskanzlers ausgesprochenen Erwartungen für ein gemeinsames Arbeiten verschiedener Fürsorgeorganisationen zu erfüllen. Mit der einheitlichen Zusammenfassung wird eine wesentliche Ersparnis an Arbeitskräften und Betriebsmitteln erzielt. Als ganz besonders empfehlenswert und praktisch spricht er sich für die Einrichtung einer Karthothek auf dem Kreisfürsorgeamt nach Döllners Vorschlag aus und faßt seine Ausführungen in folgende Sätze zusammen:

„1. Bei dem Ansteigen der Tuberkulosesterblichkeit ist eine Vermehrung der Tuberkulosefürsorgestellen und deren gesteigerte Tätigkeit notwendig.

2. Die Unterstellung der neu zu gründenden und bestehenden Fürsorgestellen unter die Fürsorgeämter erscheint zweckmäßig.

3. Die vermehrte Heranziehung berufsmäßiger Fürsorgerinnen — besonders von Gemeindeschwestern und Landpflegerinnen — neben den Freiwilligen Helferinnen ist anzustreben.

4. Die Selbständigkeit der einzelnen Fürsorgeorganisationen, besonders auf finanziellen Gebiete, soll auch bei der Unterstellung unter die Fürsorgeämter erhalten bleiben.

In der Aussprache geht Dr. Herrmann kurz auf den neuesten Oberpräsidialerlaß über die Sicherstellung der Tuberkulosebekämpfungsmittel und die Gründung von Provinzialausschüssen ein mit dem Hinweise, daß an der Unzulänglichkeit der privaten Mittel jede rationelle und durchgehende Bekämpfung der Krankheit scheitern würde. Er befürwortet die Unterstellung unter das Fürsorgeamt.

Dr. Wollermann wünscht in erster Reihe die Ausdehnung der Anzeigepflicht auf die einzelnen Krankheitsfälle. Die Zahl der Tuberkulosekranken sei so groß, daß diese Maßnahme voll gerechtfertigt sei. Er hegte Bedenken gegen die Verwendung des gleichen Fürsorgepersonals in der Säuglings- und Tuberkulosefürsorge und hält die Zahl der in seinem Kreise vorhandenen in der Tuberkulosefürsorge sonst wohlbewährten Gemeindepflegerinnen für zu gering.

Dr. Franz verfügt in seinem Kreise über doppelt so viele Gemeindepflegestationen und befürwortet, wie in seiner Kreisstadt Lötzen bereits geschehen ist, die Errichtung von Tuberkuloseheimen für Kranke mit offener und unheilbarer Tuberkulose. Er hält die Einführung der Anzeigepflicht für Erkrankungsfälle für sehr unwahrscheinlich; die Belehrung und Aufklärung muß zunächst an ihre Stelle treten.

Dr. Schürmeyer weist auf das Berufsgeheimnis der Aerzte hin und berichtet über seine günstigen Erfahrungen in der Bekämpfung der Tuberkulose im Kreise Hümling; insbesondere hält er für sehr wertvoll die Anstellung von Schulärzten und mindestens im Jahre zweimalige Untersuchungen der Schulkinder durch sie. Das Wohl der Kinder führt den Schularzt in die Häuser und Wohnungen. Er befürwortet dringend eine Vermehrung der Freibetten in Krankenhäusern und Heilstätten, deren hygienische Erziehung von großem Werte sei.

Dr. Herrmann hält es für zweifelhaft, ob mit der Bekanntgabe eines Tuberkuloseerkrankungsfalles zu dem in Frage stehenden Zwecke die unbefugte Offenbarung eines Privatgeheimnisses gegeben sei; denn die Krankheit sei übertragbar und gefährde die Allgemeinheit. Die vermehrte Anstellung von Schulärzten sei sehr empfehlenswert, die Vorschriften über die nur alle 5 Jahre stattfindenden kreisärztlichen Schulbesichtigungen bedürfen der Aenderung und Ergänzung namentlich bezüglich des Gesundheitszustandes der Kinder. Bei Gründung von Tuberkuloseheimen sei zu vermeiden, daß sie beim Publikum den Ruf von Schwindsuchtssterbehäusern erhalten.

Dr. Klare hat gelegentlich der Granulosebekämpfung manchen Fall von Tuberkulose unter den Schulkindern aufgedeckt und Veranlassung genommen, die Schüler über die Gefahren der Lungen- und Kehlkopftuberkulose aufzuklären.

Ob.-Reg.-Rat Schmid wünscht ein vorsichtiges Arbeiten mit den zurzeit nur geringen Mitteln. An hoffnungslose Fälle sollte nichts verschwendet werden; für den Heilbaren lassen sich schon jetzt bei gehörigem Eifer Mittel, z. T. wohl auch aus staatlichen Quellen beschaffen.

III. Der dritte Berichterstatter, Kreisarzt Dr. **Patschke-Neidenburg**, spricht über **Maßnahmen zur Verhütung der Einschleppung des Fleckfiebers in die Grenzkreise durch polnische Kartoffelgraber.**

Er gibt eine Schilderung der Fleckfieberfälle in seinem Kreise seit dem November 1916. Polnische Arbeiter waren wie alljährlich zur Kartoffelernte von den Landwirten durch die Arbeiterzentrale herangezogen. Durch lange Verhandlungen mit Warschau und dem Ministerium war Eile geboten und ein großer Teil der Arbeiter kam unsaniert über die Grenze. Auf einem Gute erkrankte der Pole K., er wurde ohne Meldung angeblich wegen Untaug-

lichkeit mit 10 Arbeitsgenossen entlassen, hielt sich im Wartesaal III. Klasse zu Soldau am 16. Oktober vor der Rückkekr nach Polen über Nacht auf und setzte dort infizierte Läuse ab. Er selbst wurde vom Kreisarzt in Liechanow am 2. November als fleckfieberkrank erkannt. Zu gleicher Zeit erkrankten in Soldau der Bahnhofswirt, sein Kellner, ein Arbeiter aus dem Gute, auf dem K. beschäftigt gewesen war, zwei Handwerker aus der Umgebung von Soldau, die täglich im Wartetaal III. Kl. ihren Heimzug abgewartet hatten, und ein Unteroffizier aus Dt. Eylau, der am 16. Oktober sich auf dem Bahnhofe Soldau aufgehalten hatte. Sämtliche Zivilkranke und ihre Umgebung wurden im Soldauer Krankenhause isoliert; sie genasen bis auf einen, der am 10. Krankheitstage starb. Am 2. Dezember schien die Epidemie im Kreise Neidenburg erloschen; nur im polnischen Kreise Praschnitzt kamen noch mehrere Fleckfieberfälle vor, die auf die gleiche Quelle zurückzuführen waren. — Am 8. Januar 1917 wurde die Erkrankung von 3 Mitgliedern einer Häuslersfamilie B. aus Soldau an Unterleibstyphus gemeldet. Die klinischen Symptome sprachen insgesamt für Abdominaltyphus, die Blutuntersuchung ergab einen positiven Widal 1 : 200 bei der Frau B. Außer den beiden weiteren Kranken waren 4 Kinder derselben Familie angeblich Anfang und Mitte Dezember unpäßlich, aber ohne ärztliche Behandlung genesen. In allen diesen Fällen handelte es sich, wie später durch die Weil-Felixsche Reaktion und durch weitere Ereignisse festgestellt wurde, um Fleckfieber. Frau B. und ihre Kinder hatten Mitte Oktober viel auf dem Bahnhof verkehrt und waren schon im November eins hinter dem andern erkrankt. Mitte Januar erkrankte der Sohn der Frau B. als Handlungslehrling in Mohrungen an Fleckfieber; er war Weihnachten bei seiner Mutter in Soldau gewesen. Es erkrankte ferner der Desinfektor und ein Ackerbürger, die die Sachen der Familie B. in das Krankenhaus geschafft, die Krankenschwester und noch 12 Personen, die in näherem Vekehr mit der Familie B. gestanden hatten. Von diesen Kranken hatten noch 2 einen positiven Widal 1 : 100 und 1 : 200, darunter allerdings ein beim Militär gegen Typhus Geimpfter. — Im Juli 1917 kamen noch 2 Fleckfieberfälle unter polnischen Arbeitern aus dem Kreise Kowno vor, von denen einer auch zunächst als Unterleibstyphus angesprochen war. Diese beiden waren beim Uebergange über die Grenze entlaust worden, erwiesen sich aber wieder als verlaust.

Nach Patschkes Beobachtungen ergibt sich folgendes:

Die Erkennung der Krankheit ist manchmal schwer, eine Verwechselung mit Unterleibstyphus zumal bei gleichzeitigem positiven Widal, einmal sogar mit Delirium tremens ist sehr wohl möglich.

Die Kinder erkranken im Gegensatze zu dem Erwachsenen häufig sehr leicht und können das Fleckfieber ambulant durchmachen.

Nur bei etwa der Hälfte sämtlicher Kranken wurden Kleider- und Kopfläuse gefunden, eine einmalige Entlausung ist unzureichend.

In 5 Fällen wurde die Weil-Felixsche Blutreaktion ausgeführt, 4 mal war sie bei auch klinisch nachher sicher festgestelltem Fleckfieber positiv, einmal negativ; der Fall erwies sich im weiteren Verlauf als Oberlappenpneumonie.

Eine noch so innige Berührung mit läusefreien Kranken verursacht keine Uebertragung.

Bei der Notwendigkeit der Versorgung der Landwirtschaft mit ausreichenden Kräften zur Kartoffelernte und des Schutzes der einheimischen Bevölkerung vor Seuchen empfiehlt der Berichterstatter:

Die Sammlung der Arbeiter nur aus seuchenfreien Gegenden, ihre Sanierung an der Grenze und weitere Beobachtung an den Arbeitsstätten, gegebenenfalls eine Quarantäne von 14 Tagen vor dem Uebergange mit Impfung und zweimaliger Entlausung. Die Entlausung der Kleider und Gebrauchsgegenstände wird in den vorhandenen Entlausungsanstalten und in fahrbaren durch die Militärbehörden gestellten Desinfektionswagen, die Reinigung der Arbeiter in Badenotbehelfseinrichtungen vorgenommen. Außerdem sind die Arbeitgeber anzuweisen, die einheimische Bevölkerung von den polnischen Kartoffelgrabern streng getrennt zu halten und jeden Erkrankungsfall bei den letzteren unverzüglich der Polizeibehörde oder dem Kreisarzt unmittelbar anzuzeigen. Die sonstigen Maßnahmen bei etwaigem Ausbruche der Krankheit

sind als bekannt vorauszusetzen und ergeben sich zum Teil aus den mitgeteilten Wahrnehmungen.

Bei der **Aussprache** hebt Generalarzt Dr. Arndt hervor, daß die Inkubationsdauer auf 3 Wochen anzunehmen ist, daß Weil-Felix bei Blutentnahme vor dem 6. Tage des öfteren versagt.

Dr. Herrmann hält auch eine zweimalige Wohnungsdesinfektion nach ausreichender Erwärmung der Räume im Winter zur Abtötung der aus den Nissen nach der ersten Ausräucherung ausgeschlüpften Läuse für dringend erforderlich und ebenso bei der Schwierigkeit der Diagnose die Behandlung jedes Fleckfieberverdachtsfalles zunächst als Fleckfieberfall.

Dr. Klare und Dr. Wollermann berichten über die gegenseitigen Mitteilungen über Infektionskrankheiten mit den Kreisärzten der Grenzkreise des Warschauer Verwaltungsgebietes. Wöchentliche Nachweisungen werden auch in den Grenzkreisen Neidenburg und Ortelsburg ausgetauscht und sollen demnächst in Urschrift oder Abschrift dem Regierungspräsidenten überreicht werden.

Ob.-Reg.-Rat Schmid wünscht, daß den polnischen Arbeitern der Uebergang auf deutsches Gebiet nicht allzu sehr erschwert werde, weil dadurch enorme Werte verloren gehen könnten.

Nach der Versammlung wurde die Wanderausstellung für Säuglingsfürsorge besichtigt; dann hielt ein gemeinschaftliches Kriegsmittagessen die Teilnehmer noch mehrere Stunden zusammen. Dr. Herrmann.

Besprechungen.

Dr. Rudolf Abel, Geh. Ober-Med.-Rat und ordentlicher Professor der Hygiene an der Universität Jena: **Bakteriologisches Taschenbuch.** 26. Auflage. Würzburg 1917. Verlag von Curt Kabitzsch. 12°, 142 S. Preis: geb. 2,50 Mark.

Ungeachtet der Kriegsläufe ist schon nach Jahresfrist die Herausgabe einer neuen Auflage des mit Recht weitverbreiteten und außerordentlich beliebten Taschenbuches notwendig geworden, die diesmal zahlreiche Ergänzungen und Verbesserungen bringt. Einzelne Kapitel, z. B. die Choleraauntersuchung, Milzbrand, Rotz, Tetanus und Typhus sind ganz umgestaltet, solche über Gasbrand und ähnliche Erkrankungen, Schweinerotlauf und bakteriologische Fleischbeschau neu hinzugefügt. Im übrigen sind Anordnung und leitender Gedanke die gleichen geblieben. Die neue Auflage wird deshalb sicherlich die gleiche freundliche Aufnahme wie ihre vielen Vorgängerinnen finden. Rpd.

Med.-Rat Prof. Dr. Otto Busse, Direktor des pathologischen Instituts der Universität Zürich: **Das Obduktionsprotokoll.** Fünfte, völlig umgearbeitete Auflage. Berlin 1917. Verlag von Richard Schoetz. Gr. 8°, 172 Seiten. Preis: geb. 6,50 Mark.

Das „Obduktionsprotokoll“ hat in der neuen fünften Auflage insofern eine völlige Umgestaltung erfahren, als die auf die pathologische Anatomie bezüglichen Hinweise an zutreffender Stelle als Anmerkungen beigefügt sind. Dadurch ist die Möglichkeit gegeben, sich leicht und schnell über die in Betracht kommenden krankhaften Veränderungen der Organe zu unterrichten, ein Umstand, durch den der Gebrauchswert des Buches erheblich gewonnen hat, zumal auch diese Hinweise ganz wesentlich ergänzt und vervollständigt sind. Das „Obduktionsprotokoll“ verdient deshalb in noch erhöhtem Maße die bevorzugte Stellung bei den beamteten und nicht beamteten Aerzten, die es sich mit Recht seit seinem ersten Erscheinen erworben hat. Rpd.

Prof. Dr. C. Adam-Berlin. **Die Militärärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete des Ersatzwesens und der militärärztlichen Versorgung.** I. und II. Teil. Jena 1917. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°, 320 und 344 Seiten. Preis: 5 bezw. 7 M., geb. 6,50 und 9 M.

Die im Auftrage des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen von dessen Generalsekretär herausgegebenen Vorträge können allen Aerzten, insbesondere auch den Medizinalbeamten dringend empfohlen

werden, denn die Gutachtertätigkeit des nichtbeamteten wie des beamteten Arztes wird nicht nur jetzt, sondern auch nach dem Kriege weit mehr als bisher, namentlich auf dem Gebiete der militärischen Versorgung, in Anspruch genommen werden. Für diese Tätigkeit bieten die Vorträge außerordentlich wertvolle Unterlagen und Richtlinien, deren Beachtung für die beteiligten Kreise um so wünschenswerter ist, als dadurch eine gewisse Einheitlichkeit in der Beurteilung erreicht werden kann, soweit dies überhaupt mit Rücksicht auf das subjektive Interesse des Einzelnen möglich ist. Die dargebotenen, von erstklassigen Fachmännern gehaltenen zwanzig Vorträge umfassen alle hier in Betracht kommenden Fragen; sie verdienen das eingehendste Studium und die weiteste Verbreitung. Rpd.

Prof. Dr. J. Schwalbe, Geh. San.-Rat in Berlin-Charlottenburg: **Behandlung akut bedrohlicher Krankheiten.** Ein Lehrbuch für die Praxis. Mit 26 Abbildungen; I. Band. Leipzig 1917. Verlag von Georg Thieme. Gr. 8°, 458 S. Preis: 9 M., geb. 13,20 M.).

Die in dem von hervorragenden Fachmännern bearbeitenden Werke enthaltenen Aufsätze geben dem praktischem Arzte in ebenso vorzüglicher als knapper Darstellung eine schnelle Uebersicht über die Aufgaben und Mittel für diejenigen Fälle, in denen lebensgefährliche Erscheinungen ein rasches und erfolgsicheres Eingreifen fordern. Sie erstrecken sich auf das gesamte Gebiet der Medizin und sind ausschließlich für die Bedürfnisse und die Arbeitsmöglichkeiten des Praktikers ausgewählt. Der vorliegende erste Band bringt Aufsätze über die Behandlung akut bedrohlicher innerer Krankheiten (Prof. Dr. Grober-Jena), akut bedrohlicher Zustände bei Tropenkrankheiten (Prof. Dr. Mühlens-Hamburg), akut bedrohlicher geburtshilflicher und gynäkologischer Erkrankungen (Porf. Dr. Jung-Göttingen), akut bedrohlicher Erkrankungen des Kindesalters (Prof. Dr. Tobler-Breslau und Prof. Dr. Peiper-Greifswald), akut schwerer Infektionen im Bereiche der Orbita, (Prof. Dr. Schieck-Halle a. S.) und akut bedrohlicher Ohrenerkrankungen (Prof. Dr. Kümmel-Heidelberg). Alle Aufsätze lassen die reiche Erfahrung der Verfasser erkennen und werden demzufolge ebenso wie das ganze Werk ihren Zweck im vollsten Maße erfüllen Rpd.

Prof. Dr. J. Schwalbe, Geh. San.-Rat in Berlin-Charlottenburg: **Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung.** Leipzig 1917 und 1918. Verlag von Georg Thieme. Heft 1—4; Gr. 8°, 71, 131, 81 und 58 S. Preis: 3, 4,20, 3 und 4,50 Mark.

„Es contrario soll sich der Arzt die Krankheitsbilder richtig deuten und die zweckmäßige Therapie wählen lernen“, das ist der didaktische Plan des vorliegenden Werkes, dessen sachgemäße Durchführung sich hervorragende Mitarbeiter mit bestem Erfolg haben angelegen sein lassen. Der leitenden Idee und dem praktischen Ziele entsprechend wird mit Recht in den einzelnen Abhandlungen auf theoretische Erörterungen, Literaturangaben usw. verzichtet; desgleichen erscheinen diese als abgeschlossene Einzelhefte; ein Verfahren, das den Verfassern den Vorteil größerer Freiheit in bezug auf den Umfang ihrer Darstellung gibt. Von den bisher erschienenen Heften: Krankheiten des Stoffwechsels (Prof. Dr. F. A. Hoffmann-Leipzig), Psychiatrie (Prof. Dr. Meyer-Königsberg i. Pr.), Neurosen (Prof. Dr. Weber-Chemnitz) und Unfallneurosen (Prof. Dr. O. Nägeli-Tübingen), Zivil- und strafrechtliche Haftung des Arztes für Kunstfehler (Reichsgerichtsrat Dr. Ebermayer), interessieren die Leser dieser Zeitschrift namentlich die drei zuletzt genannten Abhandlungen, die auch ihrem ganzen Inhalt nach die wärmste Empfehlung verdienen. Rpd.

Tagesnachrichten.

Der König von Bayern hat die Errichtung einer **Deutschen Forschungsanstalt für Lebensmittelchemie in München** nach Maßgabe der Stiftungsurkunde vom 3. April 1918 genehmigt und seine besondere Anerkennung sowohl den Spendern der Mittel für ihren hochherzigen gemeinsamen Opfersinn,

als dem Geh. Reg.-Rat und Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Paul in München für seine Verdienste um die Errichtung der Stiftung ausgesprochen.

In **Oesterreich** ist die Regierungsvorlage betr. **Errichtung eines Gesundheitsministeriums** vom Abgeordnetenhause in allen Lesungen angenommen. Das neue Ministerium steht unter selbständiger Leitung eines ärztlichen Fachmanns; über seine Aufgaben ist in Nr. 3 dieser Zeitschrift, S. 46 berichtet.

Nach einer amtlichen **Bekanntmachung des Regentschaftsrats des Königreichs Polen** sind die bisher dem Ministerium des Innern unterstellten Angelegenheiten der Gesundheitspflege der Zuständigkeit des Ministeriums für soziale Fürsorge und Arbeitsschutz überwiesen, das infolgedessen den Namen: **Ministerium für öffentliche Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Arbeitsschutz** erhalten hat. Die Vollstreckung dieser Aenderung ist dem Ministerpräsidenten, dem Minister des Innern, sowie dem Minister für öffentliche Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Arbeitsschutz übertragen. Zum Minister dieses neuen Ministeriums usw. ist Dr. Wibold Chodyko ernannt.

Das **50jährige Doktorjubiläum** hat, wie wir erst nachträglich erfahren haben, am 23. v. M. Geh. Med.-Rat Dr. **Haebler,** Kreisarzt a. D. in Nordhausen gefeiert. Der Jubilar gehört zu den wenigen noch lebenden preußischen Medizinalbeamten, die im Jahre 1883 den Preußischen Medizinalbeamtenverein mitbegründet haben. Er hat fast auf keiner Hauptversammlung gefehlt und stets regen Anteil an den Verhandlungen genommen. In seiner langjährigen Tätigkeit als Medizinalbeamter hat er sich infolge seiner Tüchtigkeit und seiner reichen praktischen Erfahrungen die größte Achtung bei seinen vorgesetzten Behörden sowohl, als bei seinen Berufsgenossen und den Kreisinsassen erworben. Auch während des Krieges ist er trotz seines hohen Alters wieder in Tätigkeit gewesen, dank der großen körperlichen wie geistigen Frische, denen er sich bisher erfreut hat. Möge ihm diese noch viele Jahre erhalten bleiben!

Todesfälle. Der Preußische Medizinalbeamtenverein hat in jüngster Zeit leider wieder zwei Vereinsmitglieder durch den Tod verloren: Am 2. d. M. ist der Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Beumer,** langjähriger Direktor des Instituts für gerichtliche Medizin und Kreisarzt in Greifswald, der sich in weiten Kreisen besonders durch seine bahnbrechenden biologischen Bluntuntersuchungen einen Namen gemacht hat, im Alter von 68 Jahren gestorben, nachdem er ganz kurz vorher in den Ruhestand getreten war. — Am 3. d. M. ist der Kreisassistenzarzt Dr. **von Hövell** in Charlottenburg, beauftragt mit Wahrnehmung der kreisärztlichen Geschäfte in Teltow-Ost, im jugendlichen Alter von 32 Jahren, plötzlich einer Herzschwäche nach soeben überstandenem Flecktyphus erlegen, den er sich bei der Ausübung kreisärztlicher Tätigkeit durch Ansteckung zugezogen hatte. Der Verstorbene war ein ebenso tüchtiger wie liebenswürdiger Medizinalbeamte, dem sicherlich noch eine hoffnungsvolle Laufbahn bevorstand.

Ehre ihrem Andenken!

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

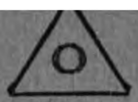
Dr. Paul Geyer, Anstaltsarzt der Heil- und Pflegeanstalt in Dresden.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am weiß-schwarzen Bande:

Geh. Reg.-Rat Dr. Wutzdorf, Direktor im Reichsgesundheitsamt in Berlin.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

31. Jahrgang; Nr. 9.  Ausgegeben am 5. Mai 19

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 9 am Schlusse des Heft

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Titel Professor: den Privatdozenten Dr. Sowade und Dr. Schürmann in Halle a. S., Dr. Loewe, Dr. Hauschild, Dr. Oehme, Dr. Ehrenberg und Dr. Ebbecke in Göttingen, sowie den Dozenten Dr. Besserer, Kreisarzt und Med.-Assessor, und Dr. Többen, Strafanstaltsarzt in Münster i. W.; — der Kronenorden II. Klasse mit Schwertern: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Krause in Berlin.

Ernannt: zu Kreisassistenzärzten: die praktischen Aerzte Dr. Spiecker in Neidenburg, beauftragt mit der Verwaltung der Kreisarztstelle in Rotenburg a. d. Fulda, Dr. Salgendorf in Berlin für den Kreis Teltow (West), Dr. Fehsenfeld in Danzig für den Stadtkreis Danzig und Dr. Knape in Friedrichshof für den Kreis Ortelsburg, Tierarzt Dr. Zschieche in Berlin zum ständigen Mitarbeiter des Kaiserlichen Gesundheitamts, Privatdozent Prof. Dr. Liepmann, Direktor der städtischen Irrenanstalt in Lichtenberg-Herzberge, zum ordentlichen Honorarprofessor der med. Fakultät der Universität Berlin,

(Fortsetzung der Personalien auf Seite 5 des Umschlags.)

Geh. Med.-Rat Dr. Kolle, Direktor des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M., zum ordentlichen Honorarprofessor in der dortigen med. Fakultät, Prof. Dr. Löhlein, Prosektor am städtischen Krankenhause Westend-Charlottenburg zum ordentlichen Professor an der medizinischen Fakultät in Marburg; Prof. Dr. Wetzel, Privatdozent und Prosektor in Breslau, zum außerordentlichen Professor und Abteilungsvorsteher am anatomischen Institut der Universität Halle a. Saale.

Versetzt: die Kreisärzte Dr. Wittich in Fritzlar nach Merseburg und Dr. Klein in Grottkau als Gerichtsarzt nach Elberfeld.

Gestorben: Geh. San.-Rat Dr. Hirschberg, Kreisphysikus a. D. in Posen, Geh. Med.-Rat Dr. Behrend, Kreisarzt in Kolberg und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Joseph Doutrelepont in Bonn.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: der Titel und Rang eines K. Geheimen Hofrates: dem Ob.-Med.-Rat Dr. Gustav von Hößlin, Leibarzt Sr. Majestät des Königs.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Gutermann in Alzenau nach Neumarkt (Oberfranken)

Gestorben: Med.-Rat Dr. Schmidt, bezirksärztlicher Stellvertreter in Burgebrach (Oberfranken). (Schluß auf der vorletzten Seite.)



31. Jahrg. | Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE. | 1918.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 9. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Mai.

Weitere statistische Beobachtungen über die Dauer des Pockenschutzes.

Von Dr. med. H. A. Gins, Stabsarzt d. Res., Mitglied des Kgl. Instituts für Infektionskrankheiten „Robert Koch“.

Meine Mitteilungen über die Dauer des Pocken-Impfschutzes im Herbst 1916[1]) gaben Anlaß zu einer Auseinandersetzung über diese Frage mit H. Böing, der in seinen Schriften behauptet und zu beweisen sucht, daß der Impfschutz noch nicht 2 Jahre vorhalte. Gegenüber seinem Beweismaterial, das die Art des Impferfolges bei der Wiederimpfung nicht berücksichtigt, habe ich scharf betont, daß bei der Wiederimpfung lediglich das Auftreten der voll entwickelten Impfpustel das Zeichen für den fast völligen Verlust der Vakzine-Immunität sein kann; daß also aus dem Prozentverhältnis der vollen Impferfolge innerhalb einer größeren Zahl von Wiedergeimpften auf den jeweiligen Immunitätszustand und mit gewissen Einschränkungen auf den Impfschutz geschlossen werden kann.

[1]) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 52 Bd., 3. Folge; Deutsche med. Wochenschrift; 1916, Nr. 38.

Die seinerzeit von mir gegebenen Uebersichten über Wiederimpferfolge bei 12jährigen Kindern und Erwachsenen verschiedener Altersklassen konnten von Böing sachlich nicht beanstandet werden. Dagegen glaubt er die Beweiskraft dieser Uebersichten in seinen Entgegnungen[2]) dadurch herabsetzen zu können, daß er Zweifel an der Virulenz des verwendeten Impfstoffes äußert. Nun hatte die für die veröffentlichten Versuche verwendete Lymphe eine sehr gute Wirkung, rund 98 % persönliche, über 90 % Schnitterfolge beim Erstimpfling, so daß man ruhig behaupten kann, wesentlich kräftigere Lymphe sei bei uns überhaupt nicht erhältlich. Aber auch dieser Beweis genügte Böing noch nicht; so kommt er, der mir vorwirft, daß ich „die Tatsachen in das Prokrustesbett meiner Theorie spanne", während er „lediglich die in den Tatsachen gegebene Deutung gelten läßt", zu einem recht wunderlichen Erklärungsversuch. Die von mir beobachtete Tatsache, daß von 805 12jährigen Wiederimpflingen lediglich 28,8 % mit einer voll entwickelten Pustel auf die erwähnte kräftige Lymphe reagierte, zeigt beileibe nicht an, daß die anderen 71,2 % eine mehr oder weniger deutliche Vakzineimmunität hatten, sondern nach Böing, daß diese Lymphe „zwar stark genug war, um bei der Erstimpfung genügende Erfolge zu erzielen, daß ihre Virulenz aber keineswegs ausreichte, um die in dem ausgebildeteren Organismus der Wiederimpflinge vorhandenen Widerstände gegen die Haftung und Weiterentwicklung des Virus zu überwinden". Das ist also — immer nach Böing — keine Theorie, sondern die in den Tatsachen gegebene Deutung!

Ob wohl Böing schon einmal beobachtet hat, in welcher Weise 5jährige oder gar 12- und 15jährige Erstimpflinge auf das Vakzinevirus reagieren? Nach seiner Annahme müßten derartige Kinder mit ganz besonders kräftiger Lymphe geimpft werden, um überhaupt erfolgreich geimpft werden zu können. Gerade das Gegenteil ist der Fall! Derartige ältere Erstimpflinge haben in ihrem „ausgebildeteren Organismus" keineswegs irgendwelche Widerstände gegen Haften und Weiterentwicklung des Vakzinevirus, sondern sie reagieren viel stärker, sowohl örtlich, als auch allgemein, wie die ganz kleinen Erstimpflinge. Nicht selten sogar werden sie einige Tage bettlägerig.

Böings Erklärungsversuch ist daher nicht richtig; wir kommen aber der Verständigung und der Wahrheit schon viel näher, wenn wir die Bezeichnung für den eigenartigen Zustand der Wiederimpflinge etwas ändern. Die Widerstände gegen Haftung und Weiterentwicklung des Vakzinevirus sind ausschließlich im Organismus der früher schon einmal erfolgreich Geimpften und der wenigen natürlich Widerstandsfähigen vorhanden. Was also Böing als „Widerstand usw." bezeichnet, das nennen wir — Immunität!

---

[2]) Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 3; Allgemeine med. Central-Zeitung; 1917, Nr. 7/8.

Hierfür hat uns die Impfpraxis der letzten Zeit eine neue wichtige Unterstützung geliefert. Der Kreisarzt zu Minden machte anläßlich seiner öffentlichen Wiederimpfungen im Jahre 1915 die Beobachtung, daß ein überraschend großer Teil der Wiederimpflinge volle Erfolge hatte. (Böing, der schon längere Zeit nicht mehr Impfarzt ist, weiß anscheinend nicht, daß im ganzen Reich die vollen Erfolge bei Wiederimpfungen keineswegs die Regel sind.) Der erwähnte Kreisarzt schloß aus diesem auffallenden Befund, daß diese Kinder wohl als Erstimpflinge mit einer wenig kräftigen Lymphe geimpft seien. Die Nachforschungen bei der Impfanstalt, die vor 11 Jahren die Lymphe für die Erstimpfung dieser Kinder geliefert hatte, ergaben nun in der Tat, daß damals beim Versuch einer veränderten Lymphegewinnung der Impfstoff von weniger guter Wirkung war als sonst üblich. Es hatte also die schwache Erstimpfung seinerzeit zwar zu einem lokalen vollen Erfolg bei diesen Kindern geführt, denn im anderen Fall hätte die Impfung wiederholt werden müssen, aber die durch diese Erstimpfung erzielte Vakzine-Immunität war mangelhaft und zur Zeit der Wiederimpfung wesentlich schwächer, als es sonst nach vollvirulenter Erstimpfung zu sein pflegt. Daher also die Häufung sehr starker Wiederimpferfolge gerade in diesem Kreisarztbezirk. Träfe H. Böings Annahme von den vermehrten Widerständen im ausgebildeten Organismus der 12jährigen zu, dann hätte der Wiederimpferfolg ein schwacher sein müssen. Wie erklärt überdies Böing dann seine Wiederimpfungserfolge in Linn, Lank und Uerdingen, bei denen er 75—98% volle Erfolge feststellte? War da auch der ausgebildetere Organismus widerstandsfähiger oder war nicht eher anzunehmen, daß die bei der Wiederimpfung verwendete Lymphe kräftiger war, als diejenige bei der Erstimpfung?

Die Frage nach der Dauer des Impfschutzes wird nun bestimmt nicht durch eine schriftliche Auseinandersetzung zwischen Anhängern und Gegnern verschiedener Theorien gelöst, sondern hier entscheidet schließlich die Beobachtung eines möglichst großen Materiales von Impflingen verschiedener Altersklassen.

Die Vermehrung der Pockenfälle in den ersten Monaten dieses Jahres brachte uns gleichzeitig eine stark vergrößerte Impftätigkeit und damit weiteres Beobachtungsmaterial zur Entscheidung der Frage nach der Dauer des Pockenimpfschutzes. Besonders zahlreich waren die Impfungen bei Erwachsenen verschiedener Altersklassen; nach dieser Richtung hin konnte ich daher meine bisherigen Beobachtungen wesentlich erweitern und meine Schlüsse stützen. Die gesetzlich vorgeschriebenen Wiederimpfungen der 12jährigen konnten nicht in großem Umfang nutzbar gemacht werden, da bei den wenigsten Impfterminen die Möglichkeit einer Listenführung mit genau unterschiedener Qualität des Impferfolges gegeben war. Wo aber der Erfolg genau aufgeschrieben werden konnte, ergab sich ein Bild, das dem von mir 1916 beschriebenen entsprach. Der Ein-

fluß der Virulenz des Impfstoffes machte sich besonders da geltend, wo infolge des vermehrten Lymphbedarfes ganz frischer Impfstoff verwendet werden mußte. Hier gab es dann auch bei den 12jährigen einen größeren Prozentsatz voller Erfolge, der meine früher beschriebenen 29 % zwar überschreitet, aber doch unter 50 % blieb. Hervorzuheben ist es aber, daß diese Beobachtung nur in Ausnahmefällen gemacht wurde und nur bei Verwendung ganz frischer Lymphe, die wegen ihrer starken Virulenz bei älteren Erwachsenen überhaupt nicht benutzt werden konnte!

Im folgenden seien nun die Wiederimpferfolge bei verschiedenen Gruppen dargestellt. Die Impfungen der einzelnen Gruppen sind an verschiedenen Orten, von verschiedenen Impfärzten und mit Lymphe verschiedener Herkunft ausgeführt. Daß die Lymphe volle Virulenz hatte, ergibt sich aus den Impferfolgen am Erstimpfling und aus den teilweise sehr starken Reaktionen bei älteren Leuten.[1])

Impfung von 2460 Leuten (Männer und Frauen) aus der Arbeiterschaft einer Munitionsanstalt in K. (Tab. I).

Es waren ungefähr gleich viel Männer und Frauen beteiligt. Die Impfung, durch Oberstabsarzt Dr. Sch. vorgenommen, geschah in der üblichen Weise. Die Beurteilung der Erfolge wurde nach 3 Graden vorgenommen: erfolglos, schwach oder mittel, voll. Die Tabelle I gibt Aufschluß über den Prozentsatz der vollen Erfolge.

Tabelle I.

Altersgruppe	Zahl der Geimpften	davon mit vollem Erfolg	in Prozent	früher erhaltene Prozentzahl bei 1000 Erwachsenen
unter 20 Jahre	575	83	14,4	10,1
21—25 „	525	108	20,5	16,9
26—30 „	284	75	26,0	19,0
31—35 „	176	52	29,5	30,4
36-40 „	155	84	54,2	62,7
41—45 „	121	79	65,4	} 65
über 45 „	624	382	61,0	

Also ebenso wie in meiner früheren Aufstellung finden wir ein erst allmähliches, von der Mitte des 4. Lebensjahrzehnt ab schnelleres Ansteigen der Prozentzahl voller Impferfolge. Die neuen Zahlen entsprechen mit geringen Abweichungen den früheren. Auch bei diesen 2460 Leuten verschiedenen Alters und verschiedenen Geschlechts können wir entsprechend meinen früheren Ausführungen annehmen, daß erst am Ende des 4. Lebensjahrzehnts die von der Erst- und Wiederimpfung herrührende Vakzineimmunität so weit vermindert ist, daß ungefähr zwei Drittel von ihnen auf eine abermalige Impfung beinahe so stark wie Erstimpflinge reagieren.

Ebenso ist zwischen der Alterspruppe 31—35 und 36—40 Jahren ein sehr starkes Anzeichen der vollen Impferfolge zu

[1]) Für die Ueberlassung der Impflisten bin ich Herrn Generaloberarzt Dr. Leu und dem Assistenten der Kgl. Impfanstalt in Berlin, Dr. med. et. med. vet. R. Weber, zu großem Dank verpflichtet.

beobachten. Dieser scharfe Anstieg scheint mir zu beweisen, daß erst jenseits des 35. Lebensjahres die Vakzineimmunität sich rasch vermindert.

Ergibt die Tabelle I eine Uebersicht über eine immerhin schon beträchtliche Zahl von Männern und Frauen, die nicht gesondert beobachtet wurden, so ist nun aus der Tabelle II die Prozentzahl der vollen Impferfolge bei den beiden Geschlechtern getrennt dargestellt und der Durchschnitt ebenfalls berechnet. Es handelt sich um das Personal des Berliner Zoologischen Gartens. Auch hier ist wieder deutlich zu erkennen, daß bei den Frauen die Prozentzahl voller Erfolge wesentlich schneller ansteigt als bei den Männern. Es scheint tatsächlich beim weiblichen Geschlecht die Vakzineimmunität schneller abzunehmen als bei dem männlichen. Ob die dritte Impfung beim Heeresdienst den Männern die längere Vakzineimmunität sichert, oder ob es sich um physiologische Unterschiede handelt, müßte noch weiter aufgeklärt werden.

Tabelle II. Personal des Berliner Zoologischen Gartens.

Altersgruppe	Männer			Frauen			Männer u. Frauen zusammen		
	Zahl der Geimpften	davon voller Erfolg	in Prozent	Zahl der Geimpften	davon voller Erfolg	in Prozent	Zahl der Geimpften	davon voller Erfolg	in Prozent
unter 15	13	4	30.76	16	6	37,5	29	10	34,4
16—30	13	2	15 38	19	6	31.6	32	8	25
31—45	17	10	58.8	26	20	76,8	43	30	69,8
über 45	73	62	84,9	47	39	83	120	101	84,2

Diese Tabelle liefert für die jungen Leute unter 15 Jahren ein ähnliches Ergebnis, wie das von mir für die 12jährigen Wiederimpflinge veröffentlichte. Ein Unterschied ergibt sich insofern, als in der Alterspruppe von 31—45 Jahren bereits ein viel höherer Prozentsatz voller Erfolge beobachtet wurde: 69,8 °/₀ gegen etwa 46,5 bei den 30—40 Jährigen meiner früheren Tabelle. Da aber bei dem neuen Material die Zahlen für Prozentberechnungen schon recht klein sind, ist dem Zufall ein weiter Spielraum gelassen. Weitgehende Schlüsse möchte ich gerade wegen der geringen Zahl von Geimpften aus der Tabelle II nicht ziehen. Aber auch aus ihr geht ohne Weiteres hervor, daß der Prozentsatz der vollen Impferfolge mit zunehmendem Alter zunimmt; es scheint deshalb meine früher geäußerte Vermutung gestützt, daß die Vakzineimmunität bei Frauen schneller erlischt, als bei Männern.

Weiterhin eine Aufstellung über das Personal der Berliner Feuerwehr. Im Gegensatz zu den beiden ersten Tabellen sind hier nur männliche Personen aufgenommen, die Altersklassen sind nach unten beschränkt bis 26 Jahre, da jüngere Männer fast nicht vorhanden sind; außerdem handelt es sich um gediente Leute, die also beim Militär einer dritten Impfung unterzogen waren. Diese Leute zeichnen sich nun vor den in den anderen

fluß der Virulenz des Impfstoffes machte sich besonders da geltend, wo infolge des vermehrten Lymphbedarfes ganz frischer Impfstoff verwendet werden mußte. Hier gab es dann auch bei den 12jährigen einen größeren Prozentsatz voller Erfolge, der meine früher beschriebenen 29 % zwar überschreitet, aber doch unter 50 % blieb. Hervorzuheben ist es aber, daß diese Beobachtung nur in Ausnahmefällen gemacht wurde und nur bei Verwendung ganz frischer Lymphe, die wegen ihrer starken Virulenz bei älteren Erwachsenen überhaupt nicht benutzt werden konnte!

Im folgenden seien nun die Wiederimpferfolge bei verschiedenen Gruppen dargestellt. Die Impfungen der einzelnen Gruppen sind an verschiedenen Orten, von verschiedenen Impfärzten und mit Lymphe verschiedener Herkunft ausgeführt. Daß die Lymphe volle Virulenz hatte, ergibt sich aus den Impferfolgen am Erstimpfling und aus den teilweise sehr starken Reaktionen bei älteren Leuten.[1])

Impfung von 2460 Leuten (Männer und Frauen) aus der Arbeiterschaft einer Munitionsanstalt in K. (Tab. I).

Es waren ungefähr gleich viel Männer und Frauen beteiligt. Die Impfung, durch Oberstabsarzt Dr. Sch. vorgenommen, geschah in der üblichen Weise. Die Beurteilung der Erfolge wurde nach 3 Graden vorgenommen: erfolglos, schwach oder mittel, voll. Die Tabelle I gibt Aufschluß über den Prozentsatz der vollen Erfolge.

Tabelle I.

Altersgruppe	Zahl der Geimpften	davon mit vollem Erfolg	in Prozent	früher erhaltene Prozentzahl bei 1000 Erwachsenen
unter 20 Jahre	575	83	14,4	10,1
21—25 „	525	108	20,5	16,9
26—30 „	284	75	26,0	19,0
31—35 „	176	52	29,5	30,4
36—40 „	155	84	54,2	62,7
41—45 „	121	79	65,4	65
über 45 „	624	382	61,0	

Also ebenso wie in meiner früheren Aufstellung finden wir ein erst allmähliches, von der Mitte des 4. Lebensjahrzehnt ab schnelleres Ansteigen der Prozentzahl voller Impferfolge. Die neuen Zahlen entsprechen mit geringen Abweichungen den früheren. Auch bei diesen 2460 Leuten verschiedenen Alters und verschiedenen Geschlechts können wir entsprechend meinen früheren Ausführungen annehmen, daß erst am Ende des 4. Lebensjahrzehnts die von der Erst- und Wiederimpfung herrührende Vakzineimmunität so weit vermindert ist, daß ungefähr zwei Drittel von ihnen auf eine abermalige Impfung beinahe so stark wie Erstimpflinge reagieren.

Ebenso ist zwischen der Alterspruppe 31—35 und 36—40 Jahren ein sehr starkes Anzeichen der vollen Impferfolge zu

[1]) Für die Ueberlassung der Impflisten bin ich Herrn Generaloberarzt Dr. Leu und dem Assistenten der Kgl. Impfanstalt in Berlin, Dr. med. et. med. vet. R. Weber, zu großem Dank verpflichtet.

beobachten. Dieser scharfe Anstieg scheint mir zu beweisen, daß erst jenseits des 35. Lebensjahres die Vakzineimmunität sich rasch vermindert.

Ergibt die Tabelle I eine Uebersicht über eine immerhin schon beträchtliche Zahl von Männern und Frauen, die nicht gesondert beobachtet wurden, so ist nun aus der Tabelle II die Prozentzahl der vollen Impferfolge bei den beiden Geschlechtern getrennt dargestellt und der Durchschnitt ebenfalls berechnet. Es handelt sich um das Personal des Berliner Zoologischen Gartens. Auch hier ist wieder deutlich zu erkennen, daß bei den Frauen die Prozentzahl voller Erfolge wesentlich schneller ansteigt als bei den Männern. Es scheint tatsächlich beim weiblichen Geschlecht die Vakzineimmunität schneller abzunehmen als bei dem männlichen. Ob die dritte Impfung beim Heeresdienst den Männern die längere Vakzineimmunität sichert, oder ob es sich um physiologische Unterschiede handelt, müßte noch weiter aufgeklärt werden.

Tabelle II. Personal des Berliner Zoologischen Gartens.

Altersgruppe	Männer			Frauen			Männer u. Frauen zusammen		
	Zahl der Geimpften	davon voller Erfolg	in Prozent	Zahl der Geimpften	davon voller Erfolg	in Prozent	Zahl der Geimpften	davon voller Erfolg	in Prozent
unter 15	13	4	30.76	16	6	37,5	29	10	34,4
16—30	13	2	15 38	19	6	31.6	32	8	25
31—45	17	10	58.8	26	20	76,8	43	30	69,8
über 45	73	62	84,9	47	39	83	120	101	84,2

Diese Tabelle liefert für die jungen Leute unter 15 Jahren ein ähnliches Ergebnis, wie das von mir für die 12jährigen Wiederimpflinge veröffentlichte. Ein Unterschied ergibt sich insofern, als in der Alterspruppe von 31—45 Jahren bereits ein viel höherer Prozentsatz voller Erfolge beobachtet wurde: 69,8 % gegen etwa 46,5 bei den 30—40 Jährigen meiner früheren Tabelle. Da aber bei dem neuen Material die Zahlen für Prozentberechnungen schon recht klein sind, ist dem Zufall ein weiter Spielraum gelassen. Weitgehende Schlüsse möchte ich gerade wegen der geringen Zahl von Geimpften aus der Tabelle II nicht ziehen. Aber auch aus ihr geht ohne Weiteres hervor, daß der Prozentsatz der vollen Impferfolge mit zunehmendem Alter zunimmt; es scheint deshalb meine früher geäußerte Vermutung gestützt, daß die Vakzineimmunität bei Frauen schneller erlischt, als bei Männern.

Weiterhin eine Aufstellung über das Personal der Berliner Feuerwehr. Im Gegensatz zu den beiden ersten Tabellen sind hier nur männliche Personen aufgenommen, die Altersklassen sind nach unten beschränkt bis 26 Jahre, da jüngere Männer fast nicht vorhanden sind; außerdem handelt es sich um gediente Leute, die also beim Militär einer dritten Impfung unterzogen waren. Diese Leute zeichnen sich nun vor den in den anderen

Tabellen aufgeführten dadurch aus, daß sie in fast allen Altersklassen geringere Prozentsätze voller Erfolge haben. Es erscheint mir sehr wahrscheinlich, daß bei diesem ausgesprochen reinen Material der wohltätige Einfluß der Impfung beim Heeresdienst zum Ausdruck kommt.

Tabelle III. Personal der Berliner Feuerwehr.

Alter	Zahl der Geimpften	voller Erfolg	in Prozent
26—30	31	4	12,9
31—35	117	30	25,6
36—40	130	42	33,1
41—45	98	40	40,8
über 45	141	80	56,0

Tabelle IV. Personal der Versicherungsgesellschaft „Freya".

Alter	Zahl der Geimpften	voller Erfolg	in Prozent
unter 20	70	10	14,3
21—25	62	8	13,0
26—30	34	10	29,3
31—35	8	3	37,5
36—40	7	5	71,4
41—45	12	8	66,6
über 45	24	18	75,0

Die Tabelle IV zeigt wieder ein ganz ähnliches Bild wie die anderen Aufstellungen, bei denen Frauen und Männer in Betracht gezogen sind. Die rasche Zunahme der vollen Impferfolge jenseits des 36. Jahres ist auch hier wieder sehr deutlich ausgesprochen.

Diese hier wiedergegebenen Tabellen lehren nun übereinstimmend, daß in der Tat bei den verschiedenen Gruppen von Wiederimpflingen die Prozentzahl voller Impferfolge mit zunehmendem Alter immer mehr ansteigt und bei den Personen jenseits von 36 Jahren über 66% steigt (mit alleiniger Ausnahme der Feuerwehrleute). Da für alle Impfungen gleich gut wirksame animale Lymphe verwendet wurde und da andere Gründe für dieses eigenartige Verhalten nicht vorliegen, sind wir berechtigt, die eigentliche Ursache in den spezifischen Beziehungen des menschlichen Körpers zu dem Vakzinevirus zu erblicken. Wir wissen, daß die Erstimpfung für eine Reihe von Jahren eine Vakzineimmunität erzeugt und daß die Wiederimpfung den Zweck hat, die etwa verschwindende Vakzineimmunität wiederherzustellen. Die allmähliche Zunahme voller Impferfolge, also das allmähliche Auftreten einer Empfänglichkeit für das Vakzinevirus, wie sie dem Säugling eigentümlich ist, läßt also erkennen, in welcher Weise die Vakzineimmunität abnimmt. Mit großer Berechtigung dürfen wir aus theoretischen Ueberlegungen heraus annehmen, daß ein Erwachsener, der für Vakzine voll empfänglich ist, auch für Pocken empfänglich wäre, und daß umgekehrt der Geimpfte mit deutlicher Vakzineimmunität (kenntlich am mangelhaften Wiederimpferfolg) eine mehr oder

minder deutliche Pockenimmunität besitzt. Wir kommen somit bei der Betrachtung auch dieser Tabellen zu der Ueberzeugung, daß der Impfschutz bis ins 4. Lebensjahrzehnt hinein bei uns bei der Mehrzahl der Geimpften vorhanden ist. Dann läßt er aber bei den meisten Menschen allmählich nach, so daß die Mehrsahl der über 40 jährigen als pockenfähig erachtet werden muß. Auch die Folgerungen bezüglich einer weiteren freiwilligen Impfung um das 40. Lebensjahr herum ergeben sich daraus von selbst.

Dieses an Wiederimpflingen gewonnene Material wird überzeugend ergänzt durch die Beteiligung der Altersklassen an den Pockenfällen in Preußen im Jahre 1917. Ganz überwiegend erkrankten Personen über 45 Jahren, dagegen blieben die jüngeren Gruppen weitgehend geschont. In Berlin lieferten die über 45 jährigen, die etwa 20% der Gesamtbevölkerung ausmachen, allein 80% aller Pockenfälle und fast alle Pockentodesfälle.

Die genaue Beobachtung des Impferfolges nach der jeweiligen Stärke bei Wiederimpflingen gibt eine hervorragende Handhabe für die Beurteilung der Dauer des Pockenimpfschutzes und sollte, wo immer die Möglichkeit dazu vorliegt, beachtet werden. Zugleich läßt sich hierdurch einwandfreies Beweismaterial dafür sammeln, daß der Pockenimpfschutz nicht nur wenige Jahre, sondern mindestens über 3 Jahrzehnte nachweisbar bleibt.

Im Anschluß an diese Tabellen sei kurz der beliebteste impfgegnerische Einwand besprochen. In der Impfgegnerpresse, z. B. im „Impfgegner“, jetzt unter dem harmlosen Titel „Reform“ erscheinend, in Vorträgen, selbst in der Reichstagsdebatte finden wir die Tatsache hohnlachend festgenagelt: „Mehrmals geimpft und doch an Pocken erkrankt!“ Daran anschließend dann den Schluß: „Wenn selbst mehrmalige Impfung nicht vor den Pocken schützt, dann hat sie doch gar keinen Wert.“ Diese Schlußfolgerung hat auch schon erfahrene Aerzte stutzig gemacht und in Zweifel gebracht. Die Tatsache, daß auch Geimpfte an Pocken erkranken, daß selbst mehrmals Geimpfte an Pocken sterben können, hat jedoch nach den obigen Ausführungen nichts Erstaunliches mehr. Nur muß natürlich die wichtigste Frage nicht vergessen werden und diese lautet: „Wie alt war denn der trotz mehrmaliger Impfung Erkrankte oder gar Gestorbene?“ In den allermeisten Fällen wird sich dann herausstellen, daß er bereits jenseits der Altersgrenze war, bei der wir noch einen allgemeinen Pockenschutz vermuten dürfen. Wenn die Impfgegner also unserem Impfschutz etwas am Zeuge flicken wollen, dann mögen sie versuchen, nachzuweisen, daß im Deutschen Reich Pockentodesfälle bei geimpften Kindern und bei mehrmals geimpften Erwachsenen jugendlichen Alters häufig sind. Wohlweislich verschweigen sie aber das Lebensalter der Erkrankten und operieren mit der Angabe, als ob den Geimpften gewissermaßen behördlich ein absoluter Schutz vor der Pockenerkrankung lebenslänglich zugesichert sei. Dies ist

natürlich nicht der Fall, kann auch nicht der Fall sein, weil es in der Biologie absolute Gesetze ohne Ausnahmen nicht gibt. Es ist auch gar nicht der Zweck des Impfgesetzes, das bekanntlich den Pockenschutz der Allgemeinheit erstrebt und in seiner derzeitigen Form und Anwendung ihn auch hervorragend erreicht. Da nicht einmal das Ueberstehen der Pocken lebenslänglich immunisiert, kann man diese Leistung füglich von der Impfung auch nicht erwarten. Den durch die Impfung erzielten Schutz aber immer allgemeiner, immer kräftiger zu gestalten und durch ausreichende Erfahrungen seine Dauer möglicht genau zu bestimmen — das ist eine erreichbare und lohnende ärztliche Aufgabe, die ihr Ziel in dem endgültigen Unschädlichmachen der Pocken finden wird.

Einige interessante Beobachtungen aus einer kleineren Pocken-Epidemie in Düsseldorf im Jahre 1917.

Von Dr. med. R. Wildenrath, Stadtassistenzarzt in Düsseldorf.

Als eine eigentliche Epidemie im wörtlichen Sinne ist die Gesamtheit von 33 Fällen, die im Stadtbezirk Düsseldorf vom 5/II. bis 15/VI. 1917 zur Meldung kamen, wohl kaum aufzufassen. Mit Ausnahme von einigen Fällen, die durch ihr fast gleichzeitiges Auftreten in einem bestimmten Stadtviertel den Verdacht nahelegten, daß sie von einem pockenverdächtigen Todesfall, der nicht als solcher erkannt worden war, herstammten, sind fast alle anderen Fälle, soweit sie nicht aus der unmittelbaren nächsten Umgebung eines Erkrankten stammten oder erst während der wegen Ansteckungsverdacht vorgenommenen Isolierung in den städt. Krankenanstalten zum Ausbruch kamen, wohl als sporadische bezw. von auswärts (besonders aus Essen) eingeschleppte aufzufassen.

Von allen 33 Fällen verliefen nur 2, und zwar der erste und der letzte tödlich, während alle 31 anderen zur Ausheilung kamen.

Der erste Fall wurde gemeldet am 5. Febr. und betraf den 56jährigen Stundenarbeiter und Modellsitzer Andreas M. Eine bestimmte Ansteckungsquelle war nicht zu ermitteln, da der Erkrankte während der Inkubationszeit stets in Düsseldorf gewesen war. Mangels anderer Möglichkeiten muß angenommen werden, daß die Ansteckung beim Reinigen von Eisenbahnabteilen, womit er gelegentlich beschäftigt gewesen war, erfolgt ist. Es waren nämlich zur damaligen Zeit anderwärts, insbesondere in Essen, schon Pockenfälle vorgekommen. Die Erkrankung war beim ersten Auftreten des Exanthems nicht sofort als Pocken erkannt, sondern als Ungeziefer-Ausschlag gedeutet worden. Infolgedessen wurde der Kranke bei seiner Einlieferung in die städt. Krankenanstalten nicht gleich isoliert, sondern auf der Station für Hautkranke untergebracht. Obschon dort gleich nach den ersten Stunden der Verdacht echter Variola festgestellt und der Kranke in die Infektionsbaracke verbracht worden war, obschon ferner sofort alle Personen, die sich damals auf der Hauptstation aufhielten, geimpft wurden, brachen bei zwei von ihnen später Pocken, wenn auch infolge der Impfung in abgeschwächter Form, aus, unglücklicher Weise, nachdem sie schon nach Abheilung ihres anderen Hautleidens wieder nach Hause entlassen waren. Während der eine dieser beiden letztgenannten Erkrankungsfälle ohne weitere Folgen blieb, infizierte der andere zu Hause noch einen Zimmergenossen, bei dem jedoch auch durch die zwar nach Aufnahme

des Ansteckungsstoffes, jedoch vor Ausbruch der Krankheitserscheinungen vorgenommene Impfung die Intensität der Erkrankung wesentlich herabgesetzt wurde.

Ueberhaupt konnte auch bei mehreren anderen Fällen die Erfahrungstatsache festgestellt werden, daß die Impfung, wenn sie nach Aufnahme des Ansteckungsstoffes, dagegen vor Ausbruch der Krankheitserscheinungen erfolgt, zwar nicht mehr palliativ wirken kann, wohl aber kurativ herabmildernd auf die Heftigkeit der Erkrankung, und zwar um so mehr herabmildernd, je bälder nach dem ersten Kontakt mit dem Kranken die Impfung des Ansteckungsverdächtigen erfolgte. Es ist dies auch theoretisch durchaus verständlich, weil — bis zum Zeitpunkt der Höhe der Schutzstoffbildung — die Menge der durch den Anreiz der Vakzination im Körper gebildeten Schutzstoffe um so größer ist, je längere Zeit zwischen Vakzination und Ausbruch der Variola verstrichen ist.

Besonders eklatant traten diese Wirkungen der Vakzination bei einem anderen Falle hervor:

Am 26. März wurde ein Pockenverdachtfall A. F. gemeldet. Der dringende Verdacht echter Variola wurde bei der ersten Feststellung bestätigt und der Kranke sofort mit seiner nächsten Umgebung in den städt. Krankenanstalten isoliert. Akquiriert war die Erkrankung jedenfalls in Essen, wo F. die Woche hindurch auf den Krupp'schen Werken gearbeitet hatte und mit anderen Arbeitern im Massenquartier der Ausstellungshallen Essen-Rüttenscheid untergebracht war, wo gerade in der damaligen Zeit mehrfach Variola vorgekommen war. Seine Familie, bestehend aus Frau und drei Kindern, lebte hier in Düsseldorf. F. hatte sich am 22. zuerst krank gefühlt und war deswegen nach Haus zurückgefahren; hier hatte sich am 24. der erste Ausschlag auf dem Rücken gezeigt. Schon bei den ersten Feststellungen in der Wohnung des Erkrankten fiel auf, daß die Familie des F. so zusammengesetzt war, daß bezüglich der mutmaßlichen Infektion der Angehörigen eventuell interessante Ergebnisse erwartet werden konnten. Die Ehefrau E. F. hatte als Kind echte Variola überstanden, wie auch durch deutliche Pockennarben im Gesicht erkennbar war. Zwei von den Kindern, C. und A., waren mit Erfolg vor 5 bezw. 4 Jahren geimpft, ein dreijähriges Kind, W., war dagegen noch nicht geimpft worden. Selbstverständlich wurden alle Angehörigen, sobald wie möglich, am 27. März, also ganz kurze Zeit nach der mutmaßlichen Aufnahme des Ansteckungsstoffes, geimpft. Während besonders die Erstimpfung bei der dreijährigen W., aber auch die Wiederimpfungen bei den älteren Kindern C. und A., deutlichen Pustelerfolg hatten, zeigte Frau F. nur rudimentäre Impfreaktion. Wäre die Vakzination nicht erfolgt, so hätte angenommen werden müssen, daß das noch nicht geimpfte Kind W. besonders heftig erkranken würde. Tatsächlich erkrankte es auch nach Ablauf der Inkubationszeit, am 7. April, an einem pustulösen Exanthem mit voraufgehendem hohem Fieber, doch waren die Pusteln so vereinzelt, daß ohne Berücksichtigung der Begleitumstände kaum die Diagnose echter Variola gestellt worden wäre. Es entstanden am ganzen Körper zerstreut im ganzen vielleicht 15—20 Püstelchen. Durch den Verlauf wurde jedoch die durch die Umstände schon klare Diagnose echter Variola sichergestellt, zumal auch von jeder einzelnen Pustel eine deutlich sichtbare Narbe blieb. Frau F. blieb infolge des durch ihre vor etwa 30 Jahren überstandene Variola erworbenen Schutzes von jeder Neuinfektion frei, obwohl sie mit ihrem erkrankten Ehemann und auch mit dem nachträglich erkrankten Töchterchen W. in besonders innigem Kontakt gestanden hatte. Am 2. Mai wurden die nicht erkrankten, aber wegen Ansteckungsverdachts ebenfalls isolierten Mitglieder der Familie F. aus den Krankenanstalten entlassen, und nun traten folgende interessante Erscheinungen auf: Am 4. Mai, also kaum 2 Tage nach der Entlassung, dagegen über einen Monat nach der Erkrankung des Vaters, wurde das am 27. März mit Erfolg wiedergeimpfte Kind A. ebenfalls als pockenkrank gemeldet. Bei der ersten

Besichtigung in der Wohnung erschien der ganze Körper des Kindes mit Einschluß des Gesichtes von eiterigen, hochverdächtigen Pusteln bedeckt, die auch teilweise Dellen zeigten, doch fiel auf, daß die Pusteln etwas durchscheinender aussahen, so daß schon äußerlich der Prozeß in der Cutis nicht so tiefgreifend erschien, wie bei zweifelloser Variola. Von der am 27. März erfolgten Vakzination waren gute, frische Narben sichtbar. Trotzdem bestand natürlich dringender Verdacht echter Variola; es erfolgte deshalb erneute Isolierung, indem angenommen wurde, daß das Kind sich zwar nicht bei seinem Vater, wohl aber durch Vermittelung anderer wegen Ansteckungsverdacht isolierter Personen angesteckt haben könnte, mit denen es im Krankenhause zusammen gewesen war. Nun wurde am 18. Mai wieder ein neuer Pockenverdachtfall aus der Wohnung F. gemeldet, und zwar handelte es sich diesmal um das Kind W. F., das zwischenzeitlich als geheilt aus den Krankenanstalten entlassen worden war. Die Besichtigung ergab äußerlich fast genau denselben Befund wie bei dem Kinde A. F., doch war nunmehr klar, daß es sich nicht um echte Variola handeln konnte, denn selbst bei der Annahme, daß die kürzlich geschehene erfolgreiche Vakzination keinen absoluten Schutz gegen die Infektion geboten hätte, so hätte das Kind doch durch die soeben überstandene zweifellose, wenn auch leichte Variola gegen ein Rezidiv oder eine Neuerkrankung gesichert sein müssen. Die Richtigkeit dieses Rückschlusses wurde auch nachträglich durch die Art der Abheilung bewiesen, indem bei dem zuerst erkranktem Ehemann volle Narben, bei dem Kinde A. keine Narben zurückblieben, während bei dem Kinde W. von jeder einzelnen der Püstelchen der ersten Erkrankung eine Narbe zurückblieb, dagegen von keiner der massenhaften Pusteln der zweiten Erkrankung.

Aus dieser Schilderung der Erkrankungen der Familie F. erhellt daher:

1) wie schwer die klinische Diagnose „echte Variola“ unter Umständen sein kann, und
2) daß die erfolgreiche Vakzination einen je nach den Umständen palliativ oder kurativ mindestens relativ guten Schutz verleiht.

Wie die Erkrankung des Kindes A. bezw. die zweite Erkrankung des Kindes W. klinisch zu bezeichnen wäre, ob als Variolois (wobei diese Erkrankung nicht als Abart bezw. mildere Form der Variola, sondern als von dieser ganz verschiedene Erkrankung aufzufassen wäre) oder als besonders heftige Form der Varizellen, bleibe dahingestellt.

Diese differentialdiagnostischen Schwierigkeiten, die die Variola unter Umständen bietet, waren auch vermutlich die Ursache einer Weiterverbreitung von einem nicht als Pocken erkannten Todesfalle aus:

Am 8. April kam ein Fall Herta Th. zur Meldung, der sich als mittelschwerer Fall von zweifellos echter Variola herausstellte. In demselben Hause war einige Tage vorher nach kurzer Krankheit eine ältere Frau, Ww. Adolf K. gestorben, die von der Herta Th. gepflegt worden war. Die Todesursache war von dem behandelnden Arzte als Werlhoff'sche Krankheit angegeben worden, doch wurde durch Ermittelungen festgestellt, daß es sich auch bei dem Todesfall mit größter Wahrscheinlichkeit um echte Variola gehandelt hatte. Da gerade zur damaligen Zeit in demselben Stadtbezirk verschiedene Pockenfälle auftraten, bei denen die Ansteckungsquelle gänzlich dunkel blieb, darf wohl mit einiger Wahrscheinlichkeit vermutet werden, daß sie auf irgend eine Weise mit diesem nicht erkannten Pockenfalle zusammenhingen. Der volle Beweis, daß es sich bei der verstorbenen Ww. K. um echte Variola gehandelt hat, konnte ja nicht mehr erbracht werden, doch wurde auch seitens der zuständigen Behörden der Fall als echte Pocken angesehen und geführt.

Noch ein weiteres Vorkommnis erscheint besonders interessant:

Am 23. Mai wurde seitens der städt. Krankenanstalten eine Frau Luise J. als pockenkrank gemeldet, die wegen Ansteckungsverdacht aus einem anderen Variola-Falle dort isoliert gewesen war. Der Fall verlief leicht; Frau J. wurde am 23. Juni als geheilt nach Hause entlassen. Am 26. Juni abortierte sie; der 27 cm lange, leicht mazerierte Fötus zeigte mäßig reichliche, deutliche Pockenpusteln in allgemeiner Ausbreitung. Da keinerlei Zeichen von Syphilis vorhanden waren, wurde der Fall auch von dem Leiter des pathologischen Instituts der städt. Krankenanstalten, Herrn Prof. Dr. Beitzke, der in entgegenkommendster Weise die entsprechenden Feststellungen vornahm, als echte Variola angesprochen. Es liegt also der Fall vor, daß durch eine in der Schwangerschaft von der Mutter überstandene Variola der Fötus ebenfalls infiziert worden ist, wobei höchstwahrscheinlich diese Variola des Fötus der Grund zum Fruchttode und nachträglichen Abort gewesen ist.

Die übrigen Pockenfälle verliefen ohne Besonderheiten und bieten kaum Interessantes. Als in technischer Hinsicht vielleicht bemerkenswert möchte ich noch einige Erfahrungen erwähnen, die bei den im Anschluß an die Epidemie vorgenommenen Massenimpfungen von Personen jeden Alters gesammelt werden konnten. Unterschiedlich von den Impfungen in anderen Städten, in denen kleinere oder größere Pockenepidemien vorgekommen sind, wurde nämlich hier in Düsseldorf stets eine Nachschau vorgenommen, wobei sich zeigte, daß es unmöglich ist, eine genau bestimmte Zeit für den Vakzineschutz anzugeben. Analog wie die erfolgreiche Vakzination einen Schutz gegen Variola-Erkrankung verleiht, gibt sie natürlich bis zu einem gewissen Grade auch einen solchen gegen die Wiederimpfung. Wenn nun auch nicht behauptet werden soll, daß der Schutz gegen die Variola-Erkrankung in genau gleichem Verhältnis steht, so kann doch wohl im allgemeinen und unter gewissen Einschränkungen der gegen die Wiederimpfung verliehene Schutz als Maßstab für den noch bestehenden Schutz gegen Variola-Erkrankung gelten. Dementsprechend war auch der Impferfolg bei den einzelnen Personen durchweg um so größer und deutlicher, je längere Zeit seit der letzten vorhergegangenen Impfung verstrichen war. In vereinzelten Fällen zeigten sich jedoch auch Ausnahmen von dieser Regel. So entwickelten sich einerseits bei Kindern aus dem 3.—5. Lebensjahr, die von der Erstimpfung noch deutliche Narben zeigten, also vor 2—4 Jahren noch mit vollem Erfolg geimpft waren, wieder gute Pusteln, fast wie bei der Erstimpfung. Anderseits trat auch bei einzelnen älteren Leuten, die zum letzten Mal vor 30 Jahren geimpft waren, nur ganz rudimentäre Impfreaktion auf, indessen jedoch soviel, daß die Impfung als erfolgreich bezeichnet werden konnte, daß also nicht etwa ein volles Fehlen der Reaktion auf fehlerhafte Impftechnik oder gänzliche Unwirksamkeit der verwendeten Vakzine hätte zurückgeführt werden können. Daß bei der Beurteilung dieser Erscheinungen auch die mehr oder minder hohe Virulenz des verwendeten Vakzine-Stammes in die Wage fällt, ist selbstverständlich. Sicher geht wohl nur daraus hervor, daß der an und für sich zweifellose Schutz der erfolgreichen

Vakzination je nach der Schnelligkeit der Bildung und Ausscheidung der gebildeten Schutzstoffe bei der vakzinierten Person und auch nach der von der Virulenz des verwendeten Vakzine-Stammes abhängigen Menge derselben zeitlich recht veränderlich ist und in weiten Grenzen schwanken kann. Immerhin lieferten auch die hiesigen Massenimpfungen eine weitere Stütze für den Grundsatz, daß von vereinzelten Fällen abgesehen, die für die Beurteilung des allgemeinen Wertes der Schutzimpfung nicht in Betracht kommen können, der relativ sichere Schutz der erfolgreichen Impfung sich auf eine Reihe von Jahren erstreckt, und zwar im Mittel auf etwa 10 Jahre.

Ferner zeigte sich bei den Massenimpfungen, daß bei richtiger Technik — ganz leichten, die Epidermis eben durchdringenden Schnitten ohne oder mit nur sehr geringem Blutaustritt — die Wiederimpfung nur dann als erfolglos anzusehen ist, wenn am 7. Tage nach der Impfung höchstens ein kleines Börkchen ohne Reaktion der Umgebung zu sehen ist. Jede leichte Papel oder auch nur stärkere Rötung um die Impfstelle, die am 7. Tage noch besteht, hat bei Wiederimpfung als Impferfolg zu gelten, besonders wenn die letzte erfolgreiche Impfung innerhalb weniger Jahre vorher stattgefunden hatte. Oefter konnte bemerkt werden, daß eine am 7. oder 8. Tage vorhandene, nur sehr geringe Reaktion sich später noch zu vollen Pusteln entwickelte, (Spätreaktion), wie auch am 4. Tage schon deutlich entwickelte Revakzinationspapeln sich bald schon so zurückbilden, daß am 7. Tage nur mäßige Rötung der Umgebung der Impfstelle sichtbar war. Nach alledem ist der für die Nachschau günstigste Tag wohl als der 7.—8. nach der Impfung zu bezeichnen.

Zum Schlusse möchte ich nicht verfehlen, Herrn Stadtarzt und Kreisarzt für d‧n Stadtkreis Düsseldorf, Medizinalrat Prof. Dr. Schrakamp für die Anregung zu dieser Arbeit und für die freundliche Ueberlassung des nötigen Materials meinen besten Dank auszusprechen.

Abortive Pockenfälle.

Von Kreisarzt Dr. **Klaholt** in Darkehmen.

Ein Pockenkranker, bei dem der Ausschlag sich regelrecht entwickelt hat, bietet ein derart typisches Bild, daß ein Irrtum in der Diagnose wohl kaum möglich ist. Infolge des großen Impfschutzes aber, den unsere Bevölkerung dank des gesetzlichen Impfzwanges genießt, sieht man nicht selten Fälle, die sich durch ihre Milde auszeichnen und klinisch so atypisch verlaufen, daß sie der richtigen Diagnose entgehen können. Ich habe in den letzten beiden Jahren Gelegenheit gehabt, eine Anzahl solcher Fälle zu beobachten und zwar immer im Zusammenhang mit ausgesprochenen Pockenfällen, wodurch die Diagnose natürlich sehr erleichtert wurde. Eine kurze Beschreibung der Fälle möge hier Platz finden:

Am 21. Juni 1916 stellte ich auf einem Gute im Kreise D. bei einer wolhynischen Rückwanderin einen schweren Fall von Pocken fest. Bei dieser Gelegenheit wurde ich auch zu der im Gutshause befindlichen 23 jährigen Erzieherin geführt, die 3 Tage vorher mit Fieber, Kopfschmerzen und stark beeinträchtigtem Allgemeinbefinden erkrankt war. Ich stellte eine Temperatur von 39° fest und auf der Brust- und Bauchhaut einige wenige uncharakteristische rote Knötchen von kaum Stecknadelkopfgröße. Der Befund an den inneren Organen war völlig negativ. Die Erkrankte fühlte sich schon etwas besser, immerhin aber noch sehr angegriffen; als ich sie nach drei Tagen wiedersah, war sie fieberfrei und munter. Die Erzieherin war den beiden gesetzlichen Impfungen mit Erfolg unterzogen worden; außerdem war sie vor 2 Jahren noch einmal ohne Erfolg geimpft. Ebenso blieb meine Impfung erfolglos. Sie war mit der erkrankten Rückwanderin mehrfach, auch in deren Wohnung im Insthause zusammengekommen.

Auf demselben Gute erkrankte am 1. Juli ein Landsturmmann, der dort als Wachtmann beschäftigt war, plötzlich unter hohem Fieber, Frost, Kreuz- und Gliederschmerzen und Bindehautentzündung; in der Nacht sollte er auch deliriert haben. Ich sah den Mann am 2. Juli und stellte eine Temperatur von 38,9, Puls 110 fest. Die Bindehautentzündung war bereits etwas zurückgegangen; das Allgemeinbefinden aber sehr mäßig. Im Munde befand sich auf der Schleimhaut der rechten Wange ein stecknadelkopfgroßes, bläulich-weißes Bläschen, das von einem roten Hof umgeben war. Auf der rechten Schulter waren zwei noch kleinere rötliche Knötchen zu sehen. Im übrigen war die Haut rein, auch die inneren Organe boten nichts abweichendes. Das Fieber fiel in 3 Tagen zur normalen Temperatur ab. Auch dieser Mann war mit der Rückwanderin in Berührung gekommen. Geimpft war er mehrere Male, zuletzt bei Kriegsausbruch und 8 Tage vor seiner Erkrankung, die beiden letzten Male ohne Erfolg.

Der Ehemann der Rückwanderin, der sich wie diese in Königsberg infiziert hatte, erkrankte zwar nur leicht, doch immerhin in typischer Weise. Erwähnt soll er hier überhaupt nur werden, um zu zeigen wie phlegmatisch manche Leute (speziell die Wolhynier) sind, und wie leicht sie dadurch andere Menschen in Ansteckungsgefahr bringen. Der Mann war am Tage vor meiner Besichtigung von Königsberg gekommen und hatte sich sofort zur Arbeit begeben. Der Gutsherr erklärte mir, der Mann sei gesund, bat mich aber, ich möchte ihn, trotzdem er schon geimpft sei, der Vorsicht halber noch einmal impfen. Hierbei bemerkte ich die wenigen Pusteln und stellte eine Temperatur von 39,5 fest. Trotz dieser bedeutenden Temperaturerhöhung hatte der Mann, der erst auf Befragen über etwas Kopfschmerzen klagte, schwere Arbeit verrichtet und tags vorher eine anstrengende Reise gemacht. Wäre er mir nicht zufällig zur Besichtigung vorgeführt, so würde er seine Arbeit wahrscheinlich erst viel später unterbrochen haben.

In einem anderen Dorfe des Kreises D. erkrankte im August 1916 eine Besitzertochter mittelschwer an Pocken. Am Tage meiner Ermittlung (6. 8.) fand ich auch die Mutter bettlägerig vor. Sie gab an, daß sie vor 4 Tagen, gerade so wie einige Zeit früher ihre Tochter, unter Kreuzschmerzen, Frost und Fieber erkrankt sei. Das Fieber, das der Arzt noch am Tage vorher festgestellt hatte (39°), war verschwunden; die Frau fühlte sich aber noch sehr matt. Auf der Haut oder im Munde war nicht das kleinste Knötchen oder Bläschen zu sehen; auch später war davon nichts zu bemerken. Ich habe damals den Fall wohl als pockenverdächtig behandelt, ihn aber bei dem Fehlen eindeutiger Krankheitszeichen nicht in der Liste der Pockenfälle geführt. Heute möchte ich es jedoch für sehr wahrscheinlich halten, daß es sich um eine Variola sine exanthemate gehandelt hat. In dieser Annahme werde ich bestärkt durch den Ausfall der am Tage meiner Ermittlungen vorgenommenen Impfung, die negativ ausfiel, trotzdem die Frau vor mehr als vier Jahrzehnten geimpft war, während die Impfung bei den anderen an demselben Tage von mir geimpften Personen positiv ausfiel.

Einige weitere Fälle beobachtete ich im folgenden Jahre auf einer Vertretung im Kreise T.:

Am 4. April 1917 stellte ich bei einem Arbeiter auf dem Gute H. schwere

Pocken fest. Die Krankheit, deren Zusammenhang mit einem Falle in derselben Gegend völlig klar war, bestand schon seit dem 25. März, war aber erst tags vorher gemeldet worden. (!) Ich impfte an demselben Tage die Familie des Erkrankten und sämtliche Gutsinsassen. Am 10. April wurde ich wieder nach dem Gute gerufen. Ein im 2. Lebensjahr befindliches Kind des erkrankten Arbeiters wies typische Pocken auf. Außerdem war seine 41 jährige Frau am 6. April unter den gewöhnlichen, aber angeblich nicht sehr heftigen Allgemeinerscheinungen erkrankt. Ich fand die Frau schon wieder im Haushalt tätig vor; sie hatte kein Fieber, wies aber am Körper eine geringe Zahl von roten Knötchen auf, aus denen später auch einige kleine Pusteln aufschossen. Das Allgemeinbefinden blieb dauernd gut. Zu erwähnen ist noch, daß die am 4. April, also zwei Tage vor dem Ausbruch der Krankheit vorgenommene Impfung mit 4 gut entwickelten Pusteln voll positiv ausgefallen war.

Ein 18 jähriger Sohn dieser Familie stand auf demselben Gute in Arbeit, er schlief aber nicht bei den Eltern. Als ich mich bei den Ermittlungen am 10. April nach weiteren Krankheitsfällen auf dem Gute erkundigte, hieß es von diesem, er sei zwar bettlägerig, aber das hänge nicht mit den Pocken zusammen; er habe sich wohl am Ostermontag (9. April) einen Rausch angetrunken. Der junge Mann gab mir an, daß er tags vorher plötzlich mit Schüttelfrost, Fieber und Gliederschmerzen erkrankt sei. Die Körperwärme betrug 38,4. Ein pathologischer Befund an den inneren Organen war nicht zu erheben. Auch hier war die am 4. April vorgenommene Impfung (schwach) positiv ausgefallen. Von den früheren gesetzlichen Impfungen hatte er auf beiden Armen Narben zurückbehalten. Ich ließ ihn mit der Mutter sofort ins Krankenhaus überführen und stellte hier 3 Tage später unter Abfall des immer mäßig gebliebenen Fiebers am ganzen Körper, besonders an den oberen Extremitäten, ein ausgedehntes Exanthem fest, das aus etwa linsengroßen, schwach rötlichen, kaum erhabenen Flecken bestand. Ich glaubte, daß dementsprechend am anderen Tage auch reichlich Knötchen und Pusteln aufschießen würden; darin täuschte ich mich aber. Am anderen Tage war vielmehr der Ausschlag verschwunden; es waren nur einige, kaum stecknadelkopfgroße Bläschen aufgetreten. Das Allgemeinbefinden war nach den ersten beiden Tagen ein andauernd gutes. Erwähnt möge werden, daß der Paulsche Tierversuch bei beiden Kranken positiv ausfiel.

Zum Schluß möge noch ein interessanter Fall aus der Stadt T. mitgeteilt werden:

Dort erkrankte am 17. Mai eine ältere Frau ziemlich schwer an Pocken. Bei den Ermittlungen gaben die Angehörigen mir an, daß die Frau im März und April eine verheiratete Tochter auf einem Gute im Nachbarkreise gepflegt habe, die längere Zeit nicht unerheblich krank gewesen sei und auch an einem Bläschenausschlag gelitten habe. Zwei zugezogene Aerzte hätten die Krankheit nicht für Pocken gehalten und deshalb auch nicht angezeigt. Nach der mir gegebenen Beschreibung der Krankheit konnte aber kaum ein Zweifel sein, daß es sich doch um Pocken gehandelt hatte War so die Infektionsquelle bekannt, so war es doch sonderbar, daß die Frau erst jetzt erkrankte, nachdem sie schon über 3 Wochen von ihrer kranken Tochter getrennt lebte. Nun hatten sich aber bei dieser außer der Mutter noch zwei andere Familienmitglieder aufgehalten, und zwar zuerst vom 12. März ab eine erwachsene Schwester. Diese erkrankte 14 Tage, nachdem sie die Pflege übernommen hatte, mit leichten Allgemeinerscheinungen, die aber nur einen Tag Bettruhe erforderlich machten, und mit einem ganz spärlichen Bläschenausschlag. Am 27. März kamen die Eltern auf das Gut. Während die Mutter etwa 4 Wochen dort blieb, reiste der Vater nach 8 Tagen nach Hause zurück. Er erkrankte am 11. April (also nach 14 Tagen) mit mäßigem Fieber und mit Rückenschmerzen; später traten auch einige Bläschen auf. Von ihm wurde eine andere erwachsene Tochter, die gar nicht auf dem Gute gewesen war, infiziert. Sie erkrankte am 2. Mai mit hohem Fieber und nicht unerheblich beeinträchtigtem Allgemeinbefinden; nach 3 Tagen kamen bei ihr vereinzelte Pusteln zum Vorschein. Am 5. Tage fühlte sie sich bereits wieder munter. Erst durch diese Tochter wurde schließlich die Mutter angesteckt. Die Krankheit kam bei ihr am 17. Mai (auch hier wieder 14 Tage nach Erkrankung der letzten Tochter) zum Ausbruch und verlief in völlig typischer Weise.

In diesem Falle wurde nicht durch die wochenlange Pflege einer mit einem ziemlich ausgedehnten Ausschlag behafteten Kranken die Infektion herbeigeführt, sondern der Krankheitskeim vielmehr erst später durch eine leicht erkrankte Person übertragen. Die Erkrankungen der drei genannten Personen verliefen so leicht und atypisch, daß auch der behandelnde Arzt nicht auf die richtige Diagnose kam. Erst die Erkrankung der Mutter klärte den Sachverhalt auf.

Wenn wir die geschilderten Krankheitsfälle im Zusammenhang überblicken, so müssen wir zuerst hervorheben, daß die Krankheit stets plötzlich auftrat, ihr Beginn von unangenehmen Allgemeinerscheinungen, Kopfschmerzen, Schmerzen in allen Gliedern, besonders Rücken- und Kreuzschmerzen und von Hinfälligkeit begleitet war. Diese Allgemeinerscheinungen fehlten in keinem Falle, waren sogar größtenteils sehr heftig. Auffallend ist es, wie schnell diese subjektiven Beschwerden zurückgingen, manchmal schon am zweiten Tage; selten hielten Fieber und Schmerzen über den dritten Tag hinaus an.

Das charakteristische Kennzeichen der Pocken, der Ausschlag, war in allen Fällen völlig verkümmert. Ob ein bekanntlich immer sehr flüchtiges Initial-Exanthem aufgetreten war, konnte ich nicht feststellen, da ich gewöhnlich erst am dritten Tage oder später zu den Fällen kam. Meine dahingehenden Fragen bei Kranken und Angehörigen ergaben kein eindeutiges Resultat. Die Zahl der Knötchen und Pusteln war immer äußerst gering; in einem Falle fanden sich nur ein Bläschen auf der Mundschleimhaut und zwei Knötchen auf der rechen Schulter vor. In einem anderen Falle war von einem Ausschlag überhaupt nichts zu sehen. Die Knötchen und Bläschen waren meistens klein und uncharakteristisch, sie gingen nur wenig über die Größe eines mittelstarken Stecknadelknopfes hinaus, waren häufig aber noch kleiner. Vielfach bildeten sich die Knötchen zurück, ohne daß es zu Bläschenbildung kam. Ich habe zeitweise bei anderen Untersuchungen auf Hauteffloreszenzen geachtet und nicht selten an den verschiedensten Körperstellen Knötchen und Bläschen (Pickel) gefunden, die sich von den oben beschriebenen in nichts unterschieden. Gewöhnlich trat der Ausschlag nach 3 Tagen auf, einmal jedoch schon am Ende des zweiten, ein andermal am Ende des fünften Tages.

In den Fällen mit uncharakteristischen Ausschlag wird jetzt natürlich immer der Paul'sche Tierversuch heranzuziehen sein. Er beweist aber bei negativem Ausfall nichts gegen die Diagnose Pocken; gelegentlich scheint er auch bei Windpocken positiv auszufallen.

Erleichtert und geklärt wird die Diagnose in allen Fällen, die im Anschluß an ausgesprochene Pockenerkrankungen in der Umgebung auftreten. Schwierig wird dagegen die Erkennung sein, wenn die Kranken den Infektionsort verlassen haben und vielleicht selbst nicht einmal wissen, daß sie mit Pockenkranken in Berührung gekommen sind. Hier wird nicht selten die Dia-

gnose falsch, namentlich auf Influenza gestellt werden; auf dem platten Lande wird oft bei der Geringfügigkeit der Krankheitserscheinungen überhaupt kein Arzt zugezogen werden. Auf Ansteckung durch solche unerkannten, abortiven Fälle ist wohl ein großer Teil der scheinbar unvermittelt in unverseuchten Orten auftretenden, ausgesprochenen Pockenerkrankungen zurückzuführen.

Gemeingefährlichkeit.

Von Dr. **Rich. Blumm** in Bayreuth.

Die „Gemeingefährlichkeit" ist nach Hübner weder ein juristischer, noch ein medizinischer, sondern ein polizeilicher Begriff. Während unser geltendes Strafrecht nur gemeingefährliche Handlungen kennt, verstehen wir Aerzte darunter einen Zustand, in dem sich ein Mensch befindet. Bis jetzt ist aber noch keine als allgemein gültig anerkannte Definition des Begriffs „Gemeingefährlichkeit" aufgestellt worden; man hat es für unmöglich gehalten, eine für alle Fälle passende Definition zu liefern. Auf Grund eingehender Beschäftigung mit der diesbezüglichen Literatur glaube ich, eine Definition der Gemeingefährlichkeit geben zu können in nachfolgender These, die ich hiermit zur Diskussion stelle.

„Gemeingefährlich ist derjenige, von dem man auf Grund seiner Abstammung, seiner Lebensführung, auf Grund von Begleitumständen und Motiven seiner kriminellen Handlungen für die menschliche Gesellschaft, wie für das Eigentum, das Leben, die Gesundheit, die Sittlichkeit, das Wohl und die Ehre einzelner oder einer unbeschränkten Anzahl von Personen eine wiederholte oder ständige Gefährdung nicht geringfügiger Art befürchten muß. Die Entscheidung über Gemeingefährlichkeit ist also in der Hauptsache eine Frage der Psychologie."

Besprechungen.

Dr. med. H. A. Gins, Hilfsarbeiter im Ministerium des Innern und wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch": **Der Pockenschutz des deutschen Volkes.** Ein kurzer Leitfaden für Aerzte, Medizinalbeamte und Studierende. Mit 26 Abbildungen auf 3 Tafeln. Berlin 1917. Verlag von Richard Scholz, Kl. 8°; 169 Seiten, Preis gebd. 5 M.

Wer sich über alle die Pocken und insbesondere den Pockenschutz betreffenden Fragen eingehend und zuverlässig unterrichten will, dem kann das vorliegende Buch nur warm empfohlen werden. Es berücksichtigt alle in Betracht kommenden Punkte und gibt nach einem geschichtlichen Ueberblick über die Pockenseuche und ihre Bekämpfung eine kurzgefaßte, aber gleichwohl völlig erschöpfende Darstellung der Klinik und Epidemiologie der Pocken, der gesetzlichen Grundlage des deutschen Pockenschutzes unter Berücksichtigung der Rechtsprechung, der Pockenschutzimpfung selbst und seiner wissenschaftlichen Grundlagen. Rpd.

Prof. Dr. Norbert R. v. Ortner: Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten. Erster Band. I. Teil: Bauchschmerzen (Schmerzhafte Bauchaffektionen). Berlin und Wien 1917. Verlag von Urban & Schwarzenberg. Gr. 8, 452 Seiten. Preis: 15 M., geb. 17,50 M.

Ein großes zusammenfassendes Werk über Symptomatologie der inneren Krankheiten entspricht zweifellos einem lebhaften Bedürfnisse der Aerzte, namentlich der in praktischer Tätigkeit stehenden. Es ist keine leichte Aufgabe, die sich der Verfasser hier gestellt hat, von mancher Seite wird vielleicht auch bemängelt werden, daß er, wie in dem zuerst erschienenen ersten Teil ein engeres subjektives Symptom zum Mittelpunkt einer verhältnismäßig recht ausgedehnten Betrachtung erhoben hat. Aber gerade die „Differential-Diagnose der Bauchschmerzen" ist eins der schwierigsten Probleme der Medizin und ihre Erörterung deshalb um so freudiger zu begrüßen, wenn diese wie in dem vorliegenden Werke, auf Grund einer langjährigen klinischen Tätigkeit und unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur in wirklich hervorragender Weise geschieht. Hoffentlich findet der erste Band in den beteiligten Kreisen die wohl verdiente Anerkennung und Verbreitung; es handelt sich hier jedenfalls um ein großzügig angelegtes und nicht als Sammelwerk zahlreicher Arbeiten verschiedener Verfasser gebildetes Werk, das demzufolge auch den nicht zu unterschätzenden Vorzug großer Einheitlichkeit der Darstellung besitzt. Hoffentlich lassen weitere Teile des Werkes nicht zu lange auf sich warten und zeigen die gleichen Vorzüge, wie der erste Band, dessen praktische Brauchbarkeit durch ein äußerst sorgfältig ausgearbeitetes Sachregister wesentlich erhöht ist. Rpd.

Geh. Rat Prof. Dr. R. Kobert-Rostock: **Neue Beiträge zur Kenntnis der Saponinsubstanzen.** II. Teil. Stuttgart 1917. Verlag von F. Enke. 8°, 154 Seiten. Preis: geh. 7 M.

Eine Besprechung des I. Teils dieser Beiträge findet sich in dieser Zeitschrift 1917, S. 413. Der II. Teil enthält drei weitere Dissertationen: über Mercurialis annua, Convallaria majalis und über den Saponincharakter der Cholsäure. Die erstgenannte Abhandlung bringt Tierversuche an Kaninchen, Fischen und Kaulquappen und schließt: „Der Genuß von Mercurialis annua als Gemüse dürfte beim Menschen gänzlich gefahrlos sein." Dürfte! Die Pflanze ist sowohl als Diureticum (daher der Name Bingelkraut) wie als Purgativum (woher die Bezeichnung Scheißkraut) gebräuchlich gewesen. Durch Trocknen und Kochen „soll" sie freilich ihre Giftigkeit verlieren, besser gesagt, vielleicht nur herabmindern. Jedenfalls können solche Fragen m. E. nur durch eigene, nicht etwa durch Tierversuche der Lösung näher gebracht werden. In dem Aufsatz über das Maiblümchen vermißt Referent den die bisherigen Aufsätze bereichernden pflanzengeschichtlichen Vorbericht. Immerhin kann den Verehrern der Kobertschen Saponinsubstanzen auch dieser II. Teil zur Lektüre gern empfohlen werden.

Dr. Friederich Kanngiesser-Braunfels.

Med.-Rat Dr. H. Walther, Professor an der Hebammenlehranstalt in Gießen: **Indikationsstellung und Prognose bei den geburtshilflichen Operationen.** Mit 34 Abbildungen. Berlin und Wien 1917. Verlag von Urban & Schwarzenberg. 12°, 148 Seiten. Preis: geb. 4 M.

Verfasser kam es darauf an, die Folgeerscheinungen der geburtshilflichen Eingriffe herauszuheben und bei dem ärztlichen Praktiker das Gefühl der Verantwortung dadurch zu heben. Walther war als beliebter Consiliarius in langjähriger geburtshilflicher Praxis in der Lage, manch „übles Ereignis" am Geburtsbette zu sehen und deshalb vorzüglich für die Aufgabe, die er sich stellte, geeignet. Das Buch kann jedem Praktiker, namentlich denen, die unter schwierigen ländlichen Verhältnissen Geburtshilfe zu treiben haben, angelegentlichst zur Anschaffung und zum Studium empfohlen werden.

Dr. Rissmann-Osnabrück.

Reform des menschlichen Geschlechtslebens. 1. Teil: Der Geschlechtsverkehr in der Schwangerschaft und seine Folgen für Mutter und Kind. Von **Dr. F. Landmann.** Edens Verlag.

Ein flott geschriebenes kleines Buch, das auf dem Studium von etwa 400 Quellenwerken basiert und das die allerbesten Tendenzen verfolgt, aber wohl weit über das Ziel hinausschießt. Verfasser erlaubt nicht den Beischlaf

in der gesamten Schwangerschaft und Stillzeit und auch nicht nach Eintritt in die Menopause. Das Letztere ist am auffälligsten und der Versuch der Motivierung doch wohl gänzlich gescheitert. Zweifellos wird die Gefahr der Aborte durch den Coitus von Aerzten und Laien sehr unterschätzt, auch die zahlreichen Geistlichen beider Konfessionen, die Verfasser zitiert, wissen von dieser Tatsache nichts. Nach Meinung des Verfassers fällt der Frau die Aufgabe zu, die Erneuerung des menschlichen Geschlechtslebens selbst in die Hand zu nehmen. Die Jugend ist nach Fichte in ländlichen Siedelungen naturgemäß aufzuziehen. Die Erziehungskunst sei auf naturwissenschaftlicher Grundlage aufgebaut. Dr. Rissmann-Osnabrück.

Prof. Dr. St. Engel-Dortmund und **Dr. Marie Baum**-Hamburg: **Grundriss der Säuglingskunde nebst einem Grundriss der Säuglingsfürsorge.** Mit 89 Abbildungen. 5. und 6 Auflage. Wiesbaden 1917. Verlag von J. F. Bergmann. 8⁰; 231 S. Preis: geb 6 Mark.

Engel muß ein ganz besonderes Geschick für die populäre Darstellung medizinischer Gegenstände zuerkannt werden. Hinzugekommen in der neuen Auflage ist ein Abschnitt über Säuglingspflege in Anstalten. Engels Grundriß ist wohl das beste kurze Buch über Säuglingskunde. Dagegen krankt Marie Baums Grundriß der Säuglingsfürsorge an manchen Fehlern, vor allem an starker Einseitigkeit und ungerechter Beurteilung des Hebammenstandes, die sicher zum größten Teil auf Unkenntnis der Verf. beruht. Engel sollte seinen Grundriß für sich allein auch käuflich in den Buchhandel bringen. Dr. Rissmann-Osnabrück.

Tagesnachrichten.

Dem **preußischen Landtage** ist am 18. v. M. der Entwurf eines **Gesetzes betreffend das Hebammenwesen** vorgelegt, in dem Vorschriften über die Zulassung zur Hebammentätigkeit, über die Pflichten der Hebammen, die Anstellung von Bezirkshebammen gegeben werden. Leider ist der Entwurf dem Herausgeber erst bekannt geworden, nachdem die vorliegende Nummer bereits druckfertig war. Sein Wortlaut kann deshalb erst in der nächsten Nummer dieser Zeitschrift gebracht werden.

Im **Königreich Sachsen** ist unter dem 4. Januar d. J. der Entwurf eines Gesetzes über die **Wohlfahrtspflege** vorgelegt, der folgenden Wortlaut hat:

„§ 1. Die Bezirksverbände haben bei der Wohlfahrtspflege mitzuwirken. Als Wohlfahrtspflege im Sinne dieses Gesetzes gelten die Säuglings- und Kleinkinderpflege, die Wohnungspflege, die Krüppelpflege und die Bekämpfung der Schwindsucht.

Jeder Bezirksverband und jede bezirksfreie Stadt bilden einen Pflegebezirk.

§ 2. Die Bezirksverbände sind berufen, die Erziehung und Verpflegung der Minderjährigen zu beaufsichtigen, soweit diese Beaufsichtigung die Voraussetzung für die Begründung einer gesetzlichen Vormundschaft oder Pflegschaft durch sie bildet.

§ 3. Die zur Durchführung dieses Gesetzes erforderlichen Bestimmungen werden vom Ministerium des Innern getroffen.“

In der am 14. April d. J. abgehaltenen Sitzung des Hauptausschusses des Reichstages wurde vom Generalarzt des Feldheeres Dr. Schultze über den **Gesundheitszustand der Truppen** folgendes ausgeführt: Der Gesundheitszustand ist andauernd sehr günstig, von den Verlusten und Verwundeten natürlich abgesehen. Die Krankheitskurve geht wellenförmig, ist aber in ihrer Anzahl absteigend. Der Rückgang im dritten Kriegsjahre gegenüber dem ersten beträgt rund ein Drittel. An erster Stelle stehen die Erkrankungen der Verdauungsorgane, dann folgen Erkrankungen der Atmungsorgane und des Nervensystems. Die landläufigen Ansichten über die Verbreitung venerischer Krankheiten sind übertrieben. Man sollte sich hier, so ernst die Angelegenheit ist und so notwendig eine scharfe Bekämpfung dieser Krankheiten erscheint, vor übertriebenen Befürchtungen hüten. Stand und Verlauf der **übertragbaren Krankheiten** waren im ganzen dauernd

befriedigend. Die Fälle von Fleckfieber haben zwar zugenommen, das Fieber kommt aber noch immer verhältnismäßig selten vor. Dasselbe gilt von der Tuberkulose, deren Bekämpfung gleichwohl energisch fortgesetzt werden muß. Die Krankheitsziffer des Feldheeres blieb hier weit hinter der Ziffer der Heimat zurück. So weit wir wissen, stehen wir gegenüber Frankreich ziemlich günstig da. Die Cholera hat nur im ersten Kriegsjahre eine Rolle gespielt. Niemals sind Kampfhandlungen durch einen mangelhaften Gesundheitszustand der Truppen beeinflußt worden. Die Erkrankungen durch feindliches Gas sind meist günstig zu beurteilen, die Schädigungen vorübergehend und meist ohne bleibenden Nachteil. Der Prozentsatz der aus den Lazaretten als kriegsverwendungsfähig oder dienstfähig entlassenen Soldaten ist nach wie vor sehr hoch. Abgesehen von den Gefallenen machen die Todesfälle 1 bis 1,2 Prozent aus. Ueber 2³/₄ Millionen Verwundeter und Erkrankter konnten der Front wieder zugeführt werden. Als dienstunbrauchbar sind bisher insgesamt 629000 Mann entlassen, davon 70000 Verstümmelte. Bis zum heutigen Tage ist mit etwa 98000 Verstümmelten zu rechnen. Die Selbstmorde haben während des Krieges erheblich abgenommen. Im ganzen können wir mit der körperlichen und seelischen Leistungsfähigkeit unserer Soldaten zufrieden sein.

Am 28. Januar d. J. hat in Berlin (Ministerium des Innern) eine **Sitzung des Großen Ausschusses der Deutschen Vereinigung für Säuglings-Schutz** stattgefunden. Als erster Gegenstand der Beratung stand auf der Tagesordnung: Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz zu einer reichsgesetzlichen Regelung der Jugendfürsorge. Nach den Referaten des Vorsitzenden (v. Behr Pinnow) und des Schriftführers (Dr. Rott) und der sich daran anschließenden lebhaften Erörterung einigte sich der Ausschuß schließlich dahin, der an ihn ergangenen Aufforderung, in der „neugegründeten Arbeitsgemeinschaft für deutsche Jugend“ mitzuarbeiten, Folge zu leisten und vor der von dieser Gemeinschaft im Laufe des Jahres in Aussicht genommenen öffentlichen Versammlung zur Beratung dieser Frage behufs nochmaliger eingehender Erörterung zusammenzutreten. Auf Grund der dann zu fassenden Beschlüsse soll die Deutsche Vereinigung in der öffentlichen Versammlung Stellung dazu nehmen. — Den zweiten Punkt der Tagesordnung bildete die Besprechung organisatorischer Fragen zum Unterricht in der Säuglingspflege (Säuglingsfürsorgerinnenschulen, Unterricht in den Lehranstalten für die weibliche Jugend). Entsprechend den Vorschlägen des Berichterstatters, Prof. Dr. Langstein, wurde beschlossen, eine ständige Konferenz sämtlicher im Reiche bestehender Säuglingspflegeschulen der Deutschen Vereinigung anzugliedern. Diese ständige Konferenz soll sich aus den leitenden Aerzten und den Oberinnen zusammensetzen. Auf Grund der in diesem Zusammenschluß sich ergebenden Richtlinien für ein gemeinsames Vorgehen soll die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz eine Eingabe an Reich und Bundesstaaten machen, die Ausbildung der Säuglingspflegerinnen einheitlich im Reiche zu regeln. Weiterhin wurde beschlossen, eine gemeinsame, aus Fachleuten der Deutschen Vereinigung und pädagogischen Vertretern bestehende Kommission zu dem Zwecke einzusetzen, einheitliche Richtlinien für die Begrenzung des der Bevölkerung zu vermittelnden Lehrstoffes der Säuglingspflege aufzustellen und gleichzeitig die Frage der Ausbildungsdauer der Lehrerinnen in der Säuglingspflege durchzuberaten, um die Aufstellung eines einheitlichen Lehrplans dafür zu erzielen. — Schließlich wurde beschlossen, in diesem Jahr keinen Kongreß abzuhalten, sondern sich auf Sitzungen des Ausschusses zu beschränken.

(Nach Zeitschrift für Säuglingspflege und Kleinkinderschutz; 1918, H. 3.)

In Berlin-Lichterfelde hat die Stadtverordnetenversammlung die Anstellung eines **Stadtmedizinalrats** beschlossen.

Auszeichnung: Geh. Rat Prof Dr. **Gärtner**, langjähriger Leiter des Instituts für Hygiene in Jena, ist bei Gelegenheit seines 70jährigen Geburtstages zum Ehrenbürger der Stadt Jena ernannt.

Der **Geschäftsausschuß des Deutschen Aerztevereins** hat in seiner Sitzung am 21. April d. Js. beschlossen, einen **außerordentlichen Aerztetag am 22. und 23. Juni d. Js.** in Eisenach abzuhalten, auf dem folgende Gegenstände zur Beratung kommen sollen: Ueberleitung der Aerzteschaft aus dem Kriege in den Frieden (Berichterstatter Dr. Hartmann-Leipzig und San.-Rat Dr. Sardemann-Marburg) und Stellungnahme der Aerzteschaft zu der drohenden Aenderung der Reichsversicherungsordnung (Berichterstatter San.-Rat Dr. Streffer-Leipzig.)

Ehrentafel. Es hat weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. Res. und Regt.-Arzt Dr. Pachnio, Kreisarzt in Westerburg (Reg.-Bez. Wiesbaden).

Außerdem: Oberleutnant z. S. und Regt.-Adjutant Kurt Kornfeld, Mitinhaber von Fischers med. Buchhandlung (H. Kornfeld) in Berlin.

Ferner hat erhalten: den Militärverdienstorden 4. Klasse mit Schwertern am Bande für Kriegsverdienste Dr. Clorus-München (z. Z. Kreisarzt in Russisch-Polen).

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Oberstabsarzt d. Res. Dr. Albert Pfeiffer, Landgerichtsarzt in Traunstein (infolge von Krankheit gestorben).

Todesfall. Am 4. d. Mts. ist nach kurzer schwerer Krankheit Geh. Med.-Rat Dr. **Reinhard Becker,** Bezirksarzt in Freiburg i. Breisgau, verstorben. Der Deutsche Medizinalbeamtenverein hat dadurch nicht nur einen Mitbegründer des Vereins, sondern auch ein langjähriges Vorstandsmitglied, und der Badische Medizinalbeamtenverein seinen langjährigen Vorsitzenden verloren. Der Verstorbene war ein außerordentlich tüchtiger und in allen Kreisen hochgeachteter Medizinalbeamter, der sich außerdem durch seine persönliche Liebenswürdigkeit einer besonderen Beliebtheit, vor allem bei seinen Berufsgenossen, erfreute. Sein Tod bedeutet deshalb einen schmerzlichen Verlust, namentlich für den Deutschen und Badischen Medizinalbeamtenverein. Ehre seinem Andenken! Friede seiner Asche!

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: der Titel und Rang eins Medizinalrats: dem Oberarzt Dr. Wendt an der Landesanstalt Leipzig-Dresden.

Ernannt: der Oberarzt Dr. Heinicke an der Landesanstalt Groß-schweidnitz zum leitenden Arzt der Landesanstalt Waldheim.

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Geh. Med.-Rat D. Becker, Bezirksarzt in Freiburg i. Br.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

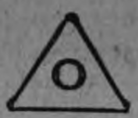
Ernannt: Die in vorriger Nummer gebrachte Mitteilung, daß Geh.-Med.-Rat Dr. Müller-Herrings, Reg.- und Med.-Rat und Kreisarzt in Colmar in den Ruhestand getreten sei, ist insofern nicht zutreffend, als dieser auf sein Ansuchen nur von den Geschäften des Kreisarztes entbunden ist; dagegen hat er nach wie vor die Stellung als Reg.- und Medizinalrat und Medizinalreferent im Bezirkspräsidium Colmar behalten.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Fritzau, Kreisarzt in Ballenstedt (Anhalt).

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

*Die **Bezirksarztstelle in Nabburg** Bewerber haben sich bei der für sie zuständigen Regierung (Abt. des Innern) zu melden.

31. Jahrgang; Nr. 10.  Ausgegeben am 20. Mai 1918.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung. Nr. 10 am Schlusse des Heftes

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Professor: den Privatdozenten Dr. Reiter in Königsberg i. Pr. und Dr. Böhmer in Marburg, sowie dem Frauenarzt Dr. Asch in Breslau; — das Verdienstkreuz für Kriegshilfe: dem Kreisarzt Dr. Schirow in Gummersbach z. Z. Stabsarzt d. Res. und Korpshygieniker des 41. Res.-Armeekorps.

Ernannt: Dr. Dörschlag in Znin zum Kreisassistenzarzt in Sierakowitz, Dr. Paul Schubert in Lichterfeld (Ostpreußen) zum Kreisassistenzarzt in Prostken, der Bakteriologe Dr. Seligmann zum Abteilungsvorsteher der bakteriologischen Abteilung des Medizinalamtes der Stadt Berlin.

Uebertragen: die Verwaltung der Kreisarztstelle des Kreises Blumental: dem Kreisassistenzarzt Dr. Tinchert in Otterndorf.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Emil Schwarz in Halle a. S., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Baginsky in Berlin, Med.-Rat Dr. Weczereck, Kreisarzt in Königshütte i. Oberschl., Kreisarzt Dr. Schüller in Daun (Eifel).

---

31. Jahrg. 1918.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 10.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Mai.

Ueber Impfungen mit dem Ruhrimpfstoff „Dysbacta".

Von Stabsarzt d. L. Dr. Steiner, Reg.- und Med.-Rat in Königsberg i. Pr.
Medizinalreferent bei der Militär-Verwaltung Kurland.

Die unter der Zivilbevölkerung Kurlands während der letzten Kriegsjahre regelmäßig im Spätsommer und Herbst in weiter Verbreitung und überaus heftig auftretende Ruhr, deren Bekämpfung wegen der Unmöglichkeit, die Ruhrkranken genügend abzusondern, sehr erschwert war, ließ die Anwendung einer spezifischen Prophylaxe analog der Typhus- und Choleraschutzimpfung unter den bestehenden Verhältnissen allein Erfolg versprechend erscheinen. Wir haben deshalb nach dem Bekanntwerden des Ruhrimpfstoffs „Dysbacta" im letzten Sommer und Herbst in umfangreichem Maße Impfungen gegen Ruhr vorgenommen.

Der nach den Anweisungen von Stabsarzt Prof. Dr. Boehncke in dem Serumwerk Ruete-Enoch in Hamburg unter dem Namen „Dysbacta" hergestellte Ruhrimpfstoff zur prophylaktischen, aktiven Immunisierung gegen Ruhr ist, wie Boehncke in der „Medizinischen Klinik" 1917 Nr. 41 berichtet, aus einem Dysenterieantitoxin, mit einer aufgesetzten Giftspitze,

bestehend aus Dysenteriebazillen im weitesten Sinne — echten und Pseudo-Ruhrbazillen — zusammengesetzt.

Von Mitte Juli bis Ende September 1917 wurden in Kurland etwa 3200 Personen in 7600 Einzelimpfungen geimpft, zum größten Teil in Form von Umgebungsimpfungen an Personen in verseuchten Häusern, zum kleineren Teil aber auch rein prophylaktisch in Gegenden, die bis dahin von Ruhr frei geblieben waren. In einzelnen Ortschaften wurden öffentliche Impftermine abgehalten und freiwillig sich Meldende geimpft. Nach Desinfektion der Haut mit Jodtinktur wurde die subkutane Injektion in die linke obere Brustgegend vorgenommen und zwar zum größten Teil zweizeitig (am 1. Tage 1,0 ccm, am 6. Tage 2,0 ccm), zum kleineren dreizeitig (am 1. Tage 0,5 ccm, am 5. Tage 1 ccm, am 10. Tage 2 ccm). In der ersten Zeit wurden in einer Reihe von Impfungen bei dreizeitiger Anwendung die größeren Dosen von 1, 2 und 3 ccm eingespritzt. Die Reaktionen waren ähnlich denen, wie wir sie bei Typhus- und Choleraschutzimpfungen zu sehen gewohnt sind. Nach den größeren Dosen waren sie etwas stärker als nach den dreizeitigen Impfungen mit 0,5, 1 und 2 ccm. In einem Falle traten bei einem 18jährigen Mädchen nach der ersten Impfuug mit 1 ccm bedrohlichere Erscheinungen auf — Schüttelfrost (39,0°), Benommenheit, sehr starke Kopfschmerzen —. Diese Symptome klangen innerhalb 3 Tagen ab, worauf völlige Wiederherstellung eintrat. Die Impfung wurde in diesem Fall nicht weiter fortgesetzt. In drei geschlossenen Irrenanstalten, in denen 392 Insassen geimpft und während der ersten Tage nach der Impfung gut beobachtet wurden, hatten

Temperaturen	von 156 mit den stärkeren Dosen Geimpften	von 236 dreizeitig mit kleineren Dosen Geimpften
bis 37,0°	50 = 32 %	106 = 45 %
über 37,0°–37,5°	44 = 29 %	62 = 26 %
„ 37,5°–38,0°	27 = 17 %	42 = 17,5 %
„ 38,0°–38,5°	20 = 13 %	18 = 7,6 %
„ 38,5°–39,0°	8 = 5 %	5 = 2,1 %
„ 39,0°–39,5°	5 = 3,2 %	0 = —
„ 39,5°–40,0°	2 = 1,3 %	3 = 1,3 %
über 40,0°	0	0 = —

Temperaturerhöhungen über den zweiten Tag hinaus fanden sich in keinem Falle. Den Temperaturen entsprachen auch die übrigen Reaktionserscheinungen — Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Impfstelle, Kopfschmerzen, allgemeines Krankheitsgefühl —. Die fünftägigen Intervalle genügten zum Abklingen der Reaktionserscheinungen. Es wurden auch viele ältere Personen über 55 Jahre geimpft, die die Impfungen gut vertrugen. Kinder unter 4 Jahren wurden nicht geimpft; Kinder von 4—14 Jahren erhielten die Hälfte der oben angeführten Dosen.

Bei der starken Ausbreitung der Ruhr im vorigen Jahre war es nicht zu vermeiden, daß bei der Ausführung der Um-

gebungsimpfungen auch eine Reihe von Personen geimpft wurden, die sich schon im Inkubationsstadium der Ruhr befanden. Die Reaktionserscheinungen waren in diesen Fällen nicht anders als bei den gesund gebliebenen Impflingen; auch der Krankheitsverlauf wurde durch die Impfung nicht beeinflußt.

Eine besonders günstige Gelegenheit für die Beobachtung der Wirksamkeit des Ruhrimpfstoffs „Dysbacta“ bot die Impfung der Insassen der in M. befindlichen drei Irrenanstalten. Von 392 Geimpften erkrankten, abgesehen von 11 in unmittelbarem Anschluß an die Impfung aufgetretenen Ruhrfällen, die sich zur Zeit der Impfung offenbar schon im Inkubationsstadium befanden, nur noch 9 Insassen an Ruhr und zwar:

1	am	18.	Tage	nach	der	letzten	Impfung
1	„	20.	„	„	„	„	„
1	„	25.	„	„	„	„	„
1	„	30.	„	„	„	„	„
1	„	33.	„	„	„	„	„
1	„	38.	„	„	„	„	„
2	„	41.	„	„	„	„	„
1	„	51.	„	„	„	„	„

Im Sommer und Herbst 1916 war die Ruhr in diesen Anstalten sehr viel häufiger aufgetreten und hatte besonders in der Anstalt C. geradezu verheerend gewirkt. Die Sterblichkeit unter den 20 in den drei Anstalten geimpften Erkrankten des Jahres 1917 betrug 5 = 25 %. Da es sich durchweg um sehr schwächliche, unterernährte Verblödete handelte, ist diese Mortalitätsziffer noch als erträglich zu bezeichnen, zumal sie im Jahre 1916 und vor den Impfungen 1917 bei den erkrankten Anstaltsinsassen 47 % betragen hatte.

Da die Ruhrerkrankungen vom Sommer 1916 ab bis zum Beginne der für die Ruhr hauptsächlich in Frage kommenden Sommermonate 1917 in den Anstalten überhaupt nicht erloschen waren, könnte zwar der Einwand erhoben werden, daß hierdurch eine gewisse Auslese von wiederstandsfähigen Individuen geschaffen war, und die Erkrankungen auch ohne die Impfungen angehört hätten. Diesem Einwande steht jedoch die Tatsache entgegen, daß in der Anstalt G. von 48 Personen, die absichtlich ungeimpft geblieben waren und unter denselben Verhältnissen in der Anstalt gelebt hatten wie die Geimpften, 8 Personen während des Monats September 1917 an Ruhr erkrankten = 26,8 %, während von 156 im August Geimpften nur 9 = 5,7 % erkrankten und zwar 7 davon wenige Tage nach der ersten Impfung, die sich also anscheinend schon im Inkubationsstadium befunden hatten, und zwei am 19. bezw. 29. Tage nach der zweiten Impfung. Diese auffallend hohe Zahl der Erkrankungen unter den Nichtgeimpften, die schon seit Jahren in der Anstalt weilten, zeigt, daß die Erkrankungsgefahr für alle Insassen nach wie vor recht erheblich war und die Geimpften einen deutlich erkennbaren Impfschutz besaßen.

Einer besonderen Erwähnung bedürfen noch die auch in dieser Anstalt G. beobachtenden häufigen Erkrankungen

an Ruhr unmittelbar nach der Impfung. Wichtig für die Entscheidung der Frage, ob diese doch vielleicht als Giftwirkung des Impfstoffes anzusehen sind, oder ob die betreffenden Personen, wie ich annehme, zur Zeit der Impfung bereits infiziert waren und bei ihnen der Ausbruch der Ruhr durch die Impfung beschleunigt wurde, sind folgende sichere Beobachtungen:

1. In einem Kreise, in dem mehrere Hundert Ruhrerkrankungen vorgekommen waren, erkrankten von 86 Personen, die vor der Impfung mit Ruhrkranken in nahe Berührung gekommen waren, 6 kurze Zeit nach der ersten Impfung. Die übrigen 80, die völlig durchgeimpft wurden, blieben auch später gesund. Von 40 anderen Personen, die aus einem Dorfe stammten, in dem bis zur Impfung keine Ruhr herrschte, erkrankte keine, weder kurz nach der Impfung noch später.

2. In zwei geschlossenen Anstalten C. und G., in denen zur Zeit der Impfung Ruhrfälle lagen, traten im Anschluß an die Impfung 7 bezw. 4 Erkrankungen auf. In der Anstalt Th, in der einige Wochen vor der Impfung keine Ruhrfälle vorgekommen waren, erkrankte von 168 geimpften Insassen keiner unmittelbar nach den Schutzimpfungen, sondern nur späterhin noch 3 und zwar 18 bezw. 25 bezw. 34 Tage nach der 3. Impfung.

Da die Inkubationszeit bei Ruhr nach unseren Beobachtungen sehr schwankend ist und die bakteriologischen Umgebungsuntersuchen zur Feststellung von Keimträgern, die seit dem Herbst 1916 in den erwähnten 3 Anstalten fast ununterbrochen systematisch durchgeführt wurden, völlig versagt haben, so ist die nach unseren Erfahrungen dem Ruhrimpfstoff „Dysbacta“ anscheinend innewohnende Eigenschaft, latente Ruhr frühzeitig in manifeste zu verwandeln, für die rechtzeitige Erkennung der Infizierten und die wirksame

Nr.	Name	Tag nach der letzten Impfg	Shiga-Kruse	Flexner	Y	3 Stämme gemischt..
1	M., Geisteskranker	9.	+ 200	—	—	
	" "	12.	+ 400	—	—	+ 200
2	T., "	9.	+ 200	—	—	
3	G., "	9.	+ 100	—	—	
4	K., "	9.	+ 100	—	—	
	" "	12.	+ 200	+ 100	—	+ 100
5	H., "	9.	+ 200	—	—	
6	S., "	9.	—	+ 100	—	
	" "	12.	+ 50	+ 50	—	+ 50
7	T., "	9.	—	—	—	
	" "	12.	+ 400	—	—	+ 50
8	A., "	9.	—	+ 200	—	
	" "	12.	+ 100	+ 100	—	+ 100
9	W., "	12.	+ 200	—	—	+ 200
10	Ch., "	12.	+ 50	—	—	+ 50
11	B., "	12.	+ 50	—	—	
12	W., "	12.	—	—	—	
13	P., "	12.	+ 100	+ 100	+ 100	
14	T., "	12.	+ 200	—	—	
15	W., "	12.	—	+ 100	—	
16	B., "	12.	—	+ 100	+ 100	
17	K., "	12.	—	—	—	
18	R., "	12.	—	+ 200	+ 100	
19	St., "	12.	—	—	—	
20	V., "	12.	+ 100	+ 100	+ 100	

Bekämpfung der Krankheit, namentlich in Anstalten, nicht zu unterschätzen.

Bei 20 Personen wurde die serologische Untersuchung — Agglutinationstiter — des Blutserums Geimpfter am 9. bezw. 12. Tage nach der Impfung vorgenommen, die, wie aus der vorstehenden Uebersicht hervorgeht, gegen Dysenterie- bezw. Pseudodysenteriebazillen in den meisten Fällen positiv ausfiel.

Da die Schutzimpfungen mit dem Schutzimpfstoff „Dysbacta“ ungefährlich sind, auch wenn sie im Inkubationsstadium ausgeführt werden, und einen tatsächlichen Schutzwert haben, so wird ihre Ausführung, zumal wir im nächsten Jahre mit einer weiteren Verbreitung der Ruhr auch in Deutschland aus naheliegenden Gründen zu rechnen haben, in Zukunft in größerem Maßstabe empfohlen.

Ruhrschutzimpfungen mit Dysbacta.

Von Stabsarzt Prof. **Boehncke** und Oberarzt Dr. **Elkeles**, z. Zt. im Felde.

(Vorläufige Mitteilung).

Dysbacta ist ein polyvalenter bazillärtoxisch-antitoxischer Ruhrimpfstoff, dessen genauere Zusammensetzung, Entstehung und theoretische Begründung aus Med. Klinik 1917 Nr. 41 und Berliner Klin. Wochenschrift 1918 Nr. 6 zu ersehen ist. Ausgeführt damit wurden Impfungen an mehr als 100000 Personen, die sich zu etwa gleichen Teilen aus Militärpersonen und einheimischen Zivilpersonen des besetzten Ostens zusammensetzen.

Die Stärke der Impfreaktionen wird von den Impfärzten im allgemeinen mit der durch die Typhusschutzimpfungen bedingten in Parallele gestellt. Viele Beobachter sahen die Impfungen mit Dysbacta fast reaktionslos verlaufen. Einzelne beobachteten stärkere Reaktionen, als sie von der Typhusschutzimpfung her gewöhnt waren. Stärkere Reaktionen sind sehr häufig auf unsachgemäße Technik (tiefes Einstechen unter Verletzung der Muskelfaszie) zurückzuführen. Alter und Geschlecht der Geimpften zeigten sich ohne Einfluß auf die Stärke der Reaktionen; Kinder erhielten zumeist kleinere Impfdosen als Erwachsene. Vorteilhaft erschien es, wenn die Geimpften im Anschluß an die Impfung dienstfrei sein und der Ruhe pflegen konnten. Einen absoluten Schutz gegen die Ansteckung und Erkrankung an Ruhr bedeutet die Impfung — wie nicht anders zu erwarten — nicht, doch ist die erhebliche Herabsetzung der Morbiditäts- und Mortalitätsziffer offensichtlich. Auch bei ihr zeigt sich öfters — wie bei den anderen Schutzimpfungen — im Anschluß an die ersten in größerem Umfange innerhalb eines Truppenteils, einer Gemeinde etc. einsetzenden Impfungen eine positive Zacke in der Ruhrzugangskurve, was bei der oft beobachteten kurzen Zeitspanne zwischen Impfung und Ausbruch der Krankheit nicht durch eine „negative Phase“ zu erklären ist, sondern darauf

hindeutet, daß die betroffenen Personen zur Zeit der Impfung schon infiziert waren und daß die Erkrankung durch die Impfung unter Abkürzung der Inkubation plötzlich manifest wurde. Ein Beobachter (mit über 20000 Geimpften) sieht daher in der Impfung u. a. ein Mittel „die Truppe rasch von den bereits Infizierten zu befreien“.

Anderseits empfiehlt es sich natürlich nach diesen Erfahrungen, mit den Umgebungsimpfungen ohne Verzug beim ersten Ruhrfall zu beginnen, damit nach Möglichkeit vermieden wird, daß in der Ruhrinkubation befindliche Personen geimpft werden.

Als Impfintervall scheinen sich 5 Tage bei dreizeitiger und 7 Tage bei zweizeitiger Impfung, wie dies Boehncke vorgeschlagen hat, durchaus zu eignen. Die dreizeitige Impfung mit 0,5—1,0—1,5 ccm. ist bedeutend milder als die Verabfolgung derselben Gesamtmenge in 2 Zeiten. Man wird daher zweizeitig (1,0 bezw. 2,0 ccm.) nur in dringendsten Fällen impfen.

Den Schutzwert der Impfung bejahen 40 Berichterstatter nach Erfahrungen an ca. 83000 Geimpften, die Impfung in weitestem Maßstabe empfehlen 50 Berichterstatter nach Erfahrungen an ca. 90300 Personen. 3 Beobachter konnten sich nach Impfungen von 14 bezw. 167 bezw. 790 Personen von einer besonderen Schutzwirkung angeblich nicht überzeugen. Die kurvenmäßige Darstellung der Ruhrerkrankungen im Ostheere spricht entschieden für einen Schutzwert der Impfung.

Ueber die Dauer der Schutzwirkung läßt sich ein endgültiges Urteil noch nicht abgeben, ziemlich sicher dürfte sie 3 Monate anhalten, wenn nicht überschreiten.

Entwurf eines Gesetzes, betreffend das Hebammenwesen.

Vom Herausgeber.

Dem Abgeordnetenhause ist Ende vorigen Monats der schon mehrfach angekündigte Entwurf eines Gesetzes über das Hebammenwesen vorgelegt. In der allgemeinen Begründung dazu wird die Notwendigkeit einer durchgreifenden Reform des Hebammenwesens hervorgehoben; sie sei seit einer längeren Reihe von Jahren sowohl von den Angehörigen des Hebammenstandes, als von ärztlicher Seite und vom Landtag gefordert. Auch die Staatsregierung erachte es insbesondere im Hinblick auf die erhöhte Bedeutung eines Hebammenstandes für die Erhaltung und Förderung unserer durch den Krieg geminderten Volkskraft für eine nicht mehr aufzuschiebende, im Rahmen einer umfassenden Bevölkerungspolitik liegende Aufgabe, auf dem Wege der Gesetzgebung eine grundlegende Umgestaltung des Hebammenwesen herbeizuführen. Es folgt dann ein genauerer geschichtlicher Ueberblick über die Entwicklung und den augenblicklichen Stand des preu-

ßischen Hebammenwesens in den alten wie in den neuen Provinzen, aus dem sich folgendes ergibt:

„Am Ausgang der 60er Jahre des vorigen Jahrhunderts wurden in den alten Provinzen Bezirkshebammen nur nach Bedürfnis angestellt; im übrigen wurde die geburtshilfliche Versorgung durch frei praktizierende Hebammen gedeckt, die aber zu ihrer Niederlassung einer vom Vorliegen eines Bedürfnisses abhängigen polizeilichen Erlaubnis bedurften. In den anderen Provinzen waren frei praktizierende Hebammen im allgemeinen ausgeschlossen, vielmehr fand die berufsmäßige Frauengeburtshilfe lediglich durch solche Hebammen statt, die für die einzelnen Gemeinden oder für besonders zu diesem Zweck gebildete Bezirke obrigkeitlich angestellt waren. Eine freie Niederlassung von Hebammen kannte daneben nur das vormalige Herzogtum Holstein.

Nach Erlaß der Gewerbeordnung sah sich der Minister der Medizinalangelegenheiten veranlaßt, mit dem bisherigen Rechtszustand zu brechen und für das ganze Staatsgebiet durch den Runderlaß vom 2. Juni 1870 völlige Niederlassungsfreiheit für die Hebammen einzuführen. Der Runderlaß hat zur Folge gehabt, daß seit dem Jahre 1870 tatsächlich in der ganzen Monarchie einschließlich derjenigen Teile der neuen Provinzen, in denen die Angelegenheit eine abweichende gesetzliche Regelung gefunden hatte, völlige Niederlassungsfreiheit der Hebammen besteht. Hiermit war einem Zusammenströmen der Hebammen nach den für eine gewinnbringende Berufsausübung günstigsten Teilen der Monarchie Tür und Tor geöffnet.

Mit der Entblößung des platten Landes von Hebammen ging Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Stellung und damit ihrer Leistungen Hand in Hand. Die Klagen über die Unzuverlässigkeit und Untüchtigkeit eines großen Teils der Hebammen, insbesondere der frei praktizierenden, sowie über den Mangel an Hebammen auf dem platten Lande und über die Unzulänglichkeit ihrer Einnahmen wurden immer zahlreicher und lauter. Eine der Hauptquellen der bestehenden Mißstände glaubte man insbesondere darin sehen zu sollen, daß es an jeder Aufsicht über die frei praktizierenden Hebammen fehlte. Die Medizinalverwaltung unterzog die erhobenen Klagen einer eingehenden Prüfung, deren Ergebnis in der Allgemeinen Verfügung vom 6. August 1883 nebst Instruktion zu ihrer Ausführung niedergelegt ist. Hier wurde der Versuch gemacht, eine Besserung dadurch herbeizuführen, daß die Vorschriften über die Zulassung und Ausbildung auf Grund der inzwischen gesammelten Erfahrungen neugestaltet, neben den Bezirks- auch die frei praktizierenden Hebammen zuvörderst der Vereidigung und sodann der Aufsicht des beamteten Arztes unterworfen und bestimmte Grundsätze für die Dotierung der Bezirkshebammenstellen aufgestellt wurden. Das erstrebte Ziel hat aber auch diese Maßregel nicht zu erreichen vermocht; ebensowenig haben das Gesetz, betreffend die Gebühren der Hebammen vom 18. Mai 1908 und der durch Bereitstellung größerer Staatsmittel gemachte Versuch, durch Gewährung staatlicher Beihilfen auch dort befriedigende Verhältnisse auf dem Gebiete des Hebammenwesens zu schaffen, wo solche noch nicht bestehen, einen durchgreifenden Erfolg erzielt. Vielmehr muß zugegeben werden, daß im Hebammenwesen nach wie vor Mißstände bestehen, die die persönliche Tauglichkeit, die räumliche Verteilung sowie die Einkommensverhältnisse der Hebammen betreffen.“

Betreffs der persönlichen Tauglichkeit der Hebammen heißt es dann in der Begründung:

„Die Hebamme ist dazu berufen, den Frauen, von deren Leben und Gesundheit das leibliche und sittliche Wohl der Kinder, auch das Glück und das materielle Wohl der Familie abhängt, in den schweren Stunden der Niederkunft als Vertrauensperson zur Seite zu stehen, Schmerzen und Angst tragen und überwinden zu helfen und durch technisch sicheres Können Mutter und Kind der Familie und dem Staat gesund zu erhalten. Es ist klar, daß zur Erfüllung dieser Aufgaben sittliche und geistige Eigenschaften erforderlich sind, die nicht überall angetroffen werden, und daß auch diese Eigenschaften nur dann zur Erfüllung befähigen, wenn sie durch das erforderliche Wissen und entsprechende Geschicklichkeit unterstützt werden. In ersterer Hinsicht

bedarf es daher einer geeigneten Auswahl der zum Berufe zuzulassenden Personen, in letzterer einer guten Ausbildung derselben und einer dauernden Fortbildung der im Berufe bereits tätigen Hebammen. Als geeignet zur Aufnahme als Hebammenschülerinnen können daher nur solche Personen erkannt werden, die neben Gesundheit und genügender geistiger Entwicklung Wohlerzogenheit, Sauberkeit und Ordnungssinn mit Gemüt und strengem Pflichtgefühl verbinden.

Aber auch gute Ergebnisse der Vorbildung unterliegen der Gefahr, verloren zu gehen. Die Erfahrung ergibt, daß die an methodisches Lernen und Verarbeiten des Gelernten im allgemeinen nicht gewöhnten Hebammen die erworbenen Kenntnisse schnell vergessen, insbesondere dann, wenn, wie namentlich bei jungen Hebammen, Mangel an Uebung hinzutritt. Um den daraus für die Wöchnerinnen erwachsenden Gefahren vorzubeugen, sind die Kreisärztse durch § 61 ihrer Dienstanweisung verpflichtet, die sämtlichen Hebammen ihres Dienstbezirks alle 2 Jahre einer Nachprüfung zu unterziehen und denjenigen unter ihnen, die auch bei wiederholter Nachprüfung ungenügende Kenntnisse zeigen, die Teilnahme an einen Wiederholungskurse aufzugeben. Indessen kann gegen eine Hebamme die Klage auf Entziehung des Prüfungszeugnisses gemäß § 53 R. G. O. mit Aussicht auf Erfolg erst dann angestrengt werden, wenn sie diese Anordnung des Kreisarztes wiederholt schuldhafterweise nicht befolgt, da nach der Rechtsprechung aus der einmaligen Ablehnung der Teilnahme noch nicht ein die Entziehung des Prüfungszeugnisses rechtfertigendes Maß von Unzuverlässigkeiet gefolgert werden kann. Die Folge hiervon ist, daß sich die Hebammen vielfach ihren Berufspflichten in der Praxis nicht gewachsen zeigen. Nicht nur die übereinstimmenden Klagen der Aerzte über die mangelhaften Leistungen vieler Hebammen und die vielfach ungünstigen Ergebnisse der durch die Kreisärzte vorgenommenen Nachprüfungen, sondern auch die gerichtlichen Verurteilungen von Hebammen wegen fahrlässiger Tötung oder fahrlässiger Körperverletzung bei Ausübung ihres Berufs, namentlich aber die Wochenbettstatistik sprechen eine beredte Sprache. Sind doch im Jahre 1913 noch 3244 Wöchnerinnen — und zwar 750 bei der Entbindung und 2494 im Wochenbett — gestorben, bei 1682520 von Hebammen vorgenommenen Entbindungen. Daß diese Verhältnisse sich durch sorgfältigere geburtshilfliche Versorgung erheblich bessern lassen, ist übereinstimmende Ueberzeugung der Sachverständigen".

In der Begründung wird sodann die durch die ungleichmäßige räumliche Verteilung der Hebammen hervorgerufenen Mißstände wie folgt geschildert:

„Im Jahre 1913 waren in Preußen 21222 Hebammen tätig. Es entfielen im ganzen Staatsgebiet durchschnittlich auf eine Hebamme 1963 Einwohner und 16,52 qkm Flächenraum. Von diesem Gesamtdurchschnitt weichen die Verhältnisse in den einzelnen Provinzen erheblich ab. So kam in der Provinz Posen eine Hebamme erst auf 2678 Einwohner, in der Provinz Hessen-Nassau dagegen bereits auf 1292 Einwohner; in Ostpreußen entfiel eine Hebamme auf 40,65 qkm Flächenraum, in der Rheinprovinz aber auf 7,40 qkm. Sowohl die ungenügende Anzahl von Hebammen in einzelnen Gebieten, als auch der Ueberfluß in anderen, haben zu den bedenklichsten Erscheinungen geführt. Der früher bestehende Mangel an Hebammen in gering bevölkerten Gegenden des Ostens hat es den dortigen Frauen nicht nur erschwert, im Bedarfsfalle rechtzeitig die Hilfe einer Hebamme in Anspruch zu nehmen, sondern hat auch dazu beizutragen, die Neigung weiter Kreise der Bevölkerung zur Inanspruchnahme von Pfuscherinnen in einem solchen Maße auszubilden, daß die Pfuscherinnen in manchen Gegenden auch jetzt noch recht häufig zugezogen werden, obwohl für das Hebammenwesen durch kreisstatutarische Regelung bereits ausreichend gesorgt ist. So sind z. B. im Jahre 1913 in den Regierungsbezirken Bromberg und Allenstein, in denen beiden damals die sämtlichen Landkreise das Hebammenwesen statutarisch geregelt hatten, noch 36,1 % bezw. 25,9 % aller standesamtlich gemeldeten Entbindungen ohne Hilfe von Hebammen erfolgt.

Wo dagegen zu viele Hebammen vorhanden sind, leidet ihr Können unter dem Mangel an Uebung, der schließlich die Ergebnisse auch der besten Ausbildung verloren gehen läßt. Ferner hat dort, insbesondere in Städten,

die gegenseitige Konkurrenz und der Brotneid vielfach demoralisierend auf die Hebammen gewirkt. Auch kommt in Betracht, daß dort der Hebammenberuf nur einen notdürftigen Nebenerwerb bieten kann.

Wieweit gerade der Mißstand ungenügender Beschäftigung der Hebammen verbreitet ist, ergibt sich daraus, daß auf die im Jahre 1913 tätig gewesenen 21222 Hebammen im ganzen Staatsgebiet durchschnittlich nur je 51,1 Geburten entfallen sind. Der Durchschnitt der auf eine Hebamme entfallenden Entbindungen blieb in vielen Bezirken unter dieser Zahl und erreichte den niedrigsten Stand in den Regierungsbezirken Cassel mit durchschnittlich 30,1, Hildesheim mit 28,4, Wiesbaden mit 28,2 und Sigmaringen mit 21,2 Entbindungen auf je eine Hebamme."

Ebenso ungünstig sind auch die Einkommensverhältnisse der Hebammen. Die Begründung sagt hierzu:

„Wenn auch in einzelnen Gebietsteilen, insbesondere in einzelnen Kreisen, die die Kosten des Bezirkshebammenwesens freiwillig übernommen haben, leidlich befriedigende Einkommensverhältnisse auch für die der ärmeren Bevölkerung dienenden Hebammen geschaffen sind, so geht doch das Gesamtergebnis dieser Entwicklung in der Monarchie dahin, daß ein großer Teil der Hebammen eines Berufseinkommens entbehrt, das angemessenen Lebensunterhalt gewährt und die Rücklage nennenswerter Ersparnisse gestattet. Sehr viele Hebammen können sich daher vor Entbehrungen im Alter oder im Falle der Berufsunfähigkeit nur dadurch schützen, daß sie auf eigene Kosten der Allgemeinen Deutschen Kranken-Unterstützungs- und Sterbekasse (Eingeschriebene Hilfskasse) und der Allgemeinen Deutschen Alterzuschußkasse der Vereinigung Deutscher Hebammen beitreten oder sich vor vollendetem 40. Lebensjahre auf Grund des § 1243 R.V.O. freiwillig gegen Invalidität versichern. Diese letztere Versicherung ist aber insofern unvollkommen, als die Berufsinvalidität nicht mit der gesetzlichen Invalidität zusammenfällt.

Das ungenügende Einkommen bildet nicht nur eine sozial höchst unerwünschte Erscheinung und erscheint geeignet, die Berufsfreudigkeit und Leistungsfähigkeit der Hebammen zu beeinträchtigen, sondern zeitigt auch anderweite Folgen bedenklichster Art. Es zwingt viele Hebammen, sich Nebenerwerbszweigen hinzugeben, die mit der für den Hebammenberuf erforderlichen besonderen Sauberkeit unvereinbar sind, namentlich eine gehörige Desinfizierung der Hände unmöglich machen. Unzuverlässigere Elemente des Standes, namentlich in größeren Städten, werden durch die Unmöglichkeit, sich durch redliche Ausübung ihres Gewerbes eine sichere Existenz zu schaffen, auf Abwege gedrängt. Nicht nur Kurpfuscherei, sondern auch Verbrechen wider das keimende Leben, deren Gesamtziffer in Preußen, wie in Deutschland, erschreckend zugenommen hat, bilden nur zu häufig die weitgehende Folgeerscheinung dieser Verhältnisse."

Der **Gesetzentwurf** hat folgenden Wortlaut:

Teil I: Zulassung zur Hebammentätigkeit.

§ 1.[1]) Weibliche Personen bedürfen zur gewerbsmäßigen Ausübung der Geburtshilfe außer dem im § 30 Abs. 3 der Reichsgewerbeordnung vorgesehenen Hebammen-Prüfungszeugnisse der Genehmigung.

In der Genehmigungsurkunde ist der örtliche Bezirk zu bezeichnen, in

---

[1]) Zu § 1: Nach § 30 Abs. 3 der Reichsgewerbeordnung bedürfen „Hebammen" eines Prüfungszeugnisses der nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde. Damit macht die Reichsgewerbeordnung bezüglich der gewerbsmäßigen Geburtshilfe einen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Personen. Für Männer ist die Vorschrift des § 30 Abs. 3 nicht gegeben. Der vorliegende Entwurf folgt dem vom Reichsrecht vorgezeichneten Wege. Er regelt lediglich die Verhältnisse der in § 30 Abs. 3 a. a. O bezeichneten Gewerbetreibenden: er erstreckt sich also nicht auf männliche mit Geburtshilfe befaßten Personen, sowie nicht auf die ärztlich approbierten weiblichen Personen, welch letztere ebenfalls nicht Hebammen im Sinne des Reichsrechts sind.

dem die Hebamme ihren Wohnsitz zu nehmen hat (**Niederlassungsgebiet**). In der Ausübung ihres Berufs ist die Hebamme nicht auf das Niederlassungsgebiet beschränkt.

Der Genehmigung steht die Anstellung als Bezirkshebamme (§§ 7—10) gleich.

Aerztlich approbierte weibliche Personen (§ 29 der Reichsgewerbeordnung) unterliegen nicht der Bestimmung des Absatzes 1.

Unberührt bleiben die durch Staatsverträge geregelten Verhältnisse in den Grenzbezirken.

§ 2.[2]) Die Genehmigung ist zu **versagen**, wenn das Bedürfnis nach geburtshilflicher Versorgung bereits in einwandfreier Weise gedeckt ist.

Sie kann außerdem versagt werden, wenn eine derjenigen Tatsachen vorliegt, die zur Zurückziehung der Genehmigung berechtigen (§ 4).

Da die **Genehmigung** erforderlich ist, um eine angemessene Verteilung der Hebammen über das Staatsgebiet zu erreichen, insbesondere um einer unerwünschten Anhäufung in einzelnen Ortschaften und Gegenden vorzubeugen, so ist sie nicht für ganz Preußen, sondern nur für einen **bestimmten Bezirk** zu erteilen (Abs. 2). Den Bezirk kann eine Ortschaft oder in größeren Städten ein bestimmter, örtlich abgegrenzter Stadtteil bilden. Der Bezirk kann aber auch über den Bereich einer Ortschaft hinausgehen und insbesondere in Gegenden mit kleinen Ortschaften mehrere Gemeinwesen umfassen. Die Genehmigung auch bei solchen Verhältnissen auf die Ortschaft zu beschränken und dadurch einer späteren Verlegung des Wohnsitzes der Hebamme nach einer anderen Ortschaft ihres Tätigkeitsgebietes Schwierigkeiten in den Weg zu legen, erscheint nicht angezeigt. Es ist auch nicht ausgeschlossen, daß die zum Niederlassungsgebiet der Hebamme gehörigen Ortschaften verschiedenen Kreisen angehören, falls zwischen den Verwaltungen eine Einigung über die entsprechende Abgrenzung des Bezirks zustande kommt. In dem Genehmigungsgesuche ist der zunächst als Wohnsitz in Aussicht genommene Ort oder Stadtteil in allen Fällen anzugeben. Die Abgrenzung der Hebammenbezirke kann nicht schematisch erfolgen, vielmehr muß dabei von den dazu berufenen Behörden auf die örtlichen Verhältnisse, insbesondere also weite Entfernungen oder schwierige Verkehrsverhältnisse (gebirgige Gegend) weitgehendst Rücksicht genommen werden.

Es ist nicht die Absicht, die einzelnen Hebammen in ihrer Tätigkeit auf den Niederlassungsbezirk zu beschränken, mit anderen Worten den Niederlassungsbezirk zugleich zum Tätigkeitsbezirk zu machen. Diese Maßregel würde über das Bedürfnis hinausgehen und die Bevölkerung in der wünschenswerten Freiheit der Wahl beschränken.

Grenzgemeinden sind vielfach von dem Wohnsitze der nächsten inländischen Hebammen weiter entfernt, als von demjenigen der nächsten ausländischen, so daß es eine nicht zu rechtfertigende Härte wäre, der Zuziehung der ausländischen Hebammen zu den Geburten Hindernisse in den Weg zu legen. Es bestehen daher mehrfach Verträge mit den Nachbarstaaten, nach denen die Hebammen in den Grenzbezirken gegenseitig zur Praxis zugelassen werden. An diesem Rechtszustande etwas zu ändern, liegt kein Bedürfnis vor, würde auch, soweit reichsgesetzliche Regelung vorliegt, im Wege der Landesgesetzgebung nicht zulässig sein. Auch bleibt selbstverständlich die auf den Bundesratsbeschlüssen vom 5. Mai 1887 und 3. März 1910 beruhende Befugnis der Hebammen unberührt, in den benachbarten Grenzorten eines anderen Bundesstaates ihren Beruf in gleichem Maße auszuüben, wie es ihnen in ihrem Staate gestattet ist, falls sie die Verwaltungsvorschriften des anderen Bundesstaates befolgen und sich im Grenzgebiet dieses Staates nicht dauernd niederlassen.

[2]) § 2 bildet den Schutz gegen eine zu reichliche Niederlassung von Hebammen und bietet außerdem die Möglichkeit, der Niederlassung ungeeigneter Elemente zu begegnen.

§ 3.[3]) Die Genehmigung verliert ihre Gültigkeit:

1. wenn die Hebamme sich nicht binnen drei Monaten vom Tage der Genehmigung ab in dem Niederlassungsgebiet niederläßt; diese Frist kann von der Genehmigungsbehörde (§ 5) höchstens auf sechs Monate verlängert werden;
2. wenn die Hebamme den Wohnsitz innerhalb des Niederlassungsgebietes aufgibt;
3. wenn der Hebamme das Prüfungszeugnis gemäß § 53 der Reichsgewerbeordnung entzogen wird.

§ 4.[4]) Die Genehmigung kann zurückgezogen werden:

1. wenn die Hebamme eine vorgeschriebene Nachprüfung zweimal hintereinander nicht besteht;
2. wenn sie einen vorgeschriebenen Wiederholungslehrgang ohne genügenden Grund versäumt;
3. wenn sie sich eines wiederholten groben Verstoßes gegen ihre Berufspflichten (§ 6) schuldig macht;
4. wenn sie ohne Erlaubnis der Genehmigungsbehörde (§ 5) länger als drei Monate innerhalb eines Kalenderjahres oder länger als sechs Wochen hintereinander von dem Niederlassungsgebiet abwesend ist;
5. wenn sie zwei Jahre lang ihren Beruf nicht ausübt;
6. wenn sie infolge eines körperlichen Gebrechens oder infolge Schwäche ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte zur Erfüllung ihrer Berufspflichten dauernd unfähig ist;
7. wenn sie das 65. Lebensjahr vollendet hat.

---

[3]) Zu § 3: Die Vorschrift unter Nr. 1 folgt dem Vorgange des § 49 der Reichsgewerbeordnung, zu dem die Motive bemerken:

„Die gestellten Fristen finden ihre Begründung darin, daß die von den Behörden erteilten Genehmigungen von tatsächlichen Voraussetzungen ausgehen, die sich im Laufe der Zeit ändern können. Auch würde eine Genehmigung, wenn von derselben kein Gebrauch gemacht wird, die Konkurrenz abschrecken, ohne daß dem Publikum der Vorteil des genehmigten Gewerbetriebes zuteil würde. Einem solchen für das Publikum nachteiligen Zustande muß daher durch eine Fristbestimmung für die Gültigkeit von Genehmigungen, von denen kein Gebrauch gemacht wird, ein Ziel gesetzt werden." Diese Erwägungen dürften auch für die Niederlassungsgenehmigung der Hebammen zutreffen.

Die Bestimmung unter Nr. 2 ist lediglich eine Folgerung aus dem Genehmigungssystem und erscheint notwendig, um seine Wirkung zu sichern: die Vorschrift unter Nr. 3 bedarf keiner besonderen Begründung.

[4]) Zu § 4: Die Bestimmungen unter Nr. 1, 2, 3, 5, 6 und 7 sollen dazu dienen, Hebammen, die sich als unzuverlässig bei der Ausübung ihres Berufes erweisen, oder die wegen Mangels an Uebung, wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen oder infolge vorgerückten Alters für ihren Beruf ungeeignet sind und daher bei Ausübung desselben eine Gefahr für die Wöchnerinnen bilden, von der Hebammentätigkeit auszuschließen.

Nr. 4 soll der Möglichkeit vorbeugen, daß der Erfolg des Genehmigungserfordernisses von Hebammen dadurch vereitelt wird, daß sie die Niederlassungsgenehmigung für einen Ort nachsuchen, wo Hebammenmangel herrscht, dort auch zum Schein eine Wohnung nehmen, tatsächlich aber auf Grund des § 1 Abs. 2 Satz 2 einen ganz anderen Ort zum Mittelpunkt ihrer Lebensführung machen. Die Vorschrift will dabei die Möglichkeit, daß Schwangere solche auswärtigen Hebammen, zu denen sie besonderes Vertrauen haben, in Erwartung ihrer Entbindung für längere Zeit bei sich aufnehmen, nicht ausschließen.

§ 5.[5]) **Zuständig für die Erteilung und die Zurückziehung der Genehmigung** sind in Landkreisen der Kreisausschuß, in Stadtkreisen der Magistrat (kollegialische Gemeindevorstand) oder, wo der Bürgermeister allein den Gemeindevorstand bildet, der Bürgermeister und die Beigeordneten als Kollegium. Der Vorsitzende des Kreisausschusses ist nur mit Zustimmung des Kollegiums befugt, die Genehmigung zu versagen oder zurückzuziehen.

Der Hebamme steht gegen die Versagung oder Zurückziehung der Genehmigung innerhalb 2 Wochen seit der Zustellung die **Klage** bei dem Bezirksausschuß zu.

Teil 2: Pflichten der Hebamme.

§ 6.[6]) Die Hebamme ist verpflichtet, ihre Berufstätigkeit **gewissenhaft auszuüben**. Sie hat insbesondere folgende **Berufsaufgaben** zu erfüllen:

a) Beratung von Schwangeren und Ausübung der Geburtshilfe;

b) Versorgung von Wöchnerinnen und neugeborenen Kindern;

---

[5]) Zu § 5: Es erscheint zweckmäßig, die Entscheidung über die Erteilung und Zurückziehung der Genehmigung in Landkreisen dem Kreisausschuß, in Stadtkreisen dem Magistrat (kollegialischen Gemeindevorstand) oder, wo der Bürgermeister allein den Gemeindevorstand bildet, dem Bürgermeister und den Beigeordneten als Kollegium zu übertragen, die die Bedürfnisfrage zutreffend zu würdigen in der Lage sind. Auch steht ihnen im Kreisarzt ein sachverständiger Berater zur Seite, den sie nach der Absicht des Gesetzentwurfs vor der Entscheidung über die Erteilung oder Entziehung der Genehmigung zu hören haben. Die Versagung oder Zurückziehung der Niederlassungsgenehmigung bedeutet für die davon betroffene Hebamme einen so schweren Eingriff in ihre persönlichen Rechte, daß es nicht angemessen erscheint, die Entscheidung hierüber einer Einzelperson zu übertragen. Der Gesetzentwurf schließt daher für sie das dem Vorsitzenden des Kreisausschusses nach § 117 Abs. 1 des Landesverwaltungsgesetzes zustehende Recht aus und überträgt sie dem Kollegium des Kreisausschusses.

[6]) Zu § 6: Die unter a und b genannten Aufgaben gehören schon jetzt zur Berufstätigkeit der Hebammen, während die unter c genannte Mitwirkung bei der Säuglingsfürsorge in gewissem Sinne eine Erweiterung derselben bedeutet.

Die öffentliche Säuglingsfürsorge, die sich im Laufe der letzten 10 bis 20 Jahre entwickelt hat, hat als einer der wichtigsten Zweige unserer gesamten öffentlichen Fürsorge, insbesondere unter dem Gesichtspunkte der Bevölkerungspolitik, die größte Bedeutung gewonnen und muß nach dem Kriege in erweitertem Umfange ausgebaut werden. Namentlich wird es nötig sein, möglichst in allen Kreisen Säuglingsfürsorgestellen einzurichten und mit entsprechend ausgebildeten weiblichen Personen zu besetzen. Nun darf als sicher angenommen werden, daß es vielfach aus finanziellen Gründen nicht möglich sein wird, hierfür hauptamtlich tätige Säuglingsfürsorgerinnen anzunehmen; vielmehr werden in der Säuglingsfürsorge ausgebildete weibliche Personen ehrenamtlich oder nebenberuflich zu gewinnen sein, als welche — nebenberuflich — namentlich die Hebammen in Betracht kommen.

Schon jetzt werden die Hebammen in den Lehranstalten auch in der Säuglingspflege ausgebildet; eine erweiterte Ausbildung ist in Aussicht genommen. Weiterhin sind die Hebammen nach ihrer Dienstanweisung bereits jetzt verpflichtet, in den ersten 10 Tagen nach der Geburt eines Kindes bei den vorgeschriebenen Wochenbesuchen sich um die ordnungsmäßige Pflege des Neugeborenen zu kümmern. Es liegt also durchaus in der Natur der Sache, die dazu besonders geeigneten Hebammen künftig in erhöhtem Maße auch für die öffentliche Säuglingspflege heranzuziehen, ohne ihnen einen Rechtsanspruch auf die Uebertragung der Säuglingsfürsorge in ihrem Bezirke zu geben. Da den Hebammen für diese Tätigkeit ein nach den örtlichen Verhältnissen zu bemessendes, angemessenes Entgelt zu bewilligen sein wird, so werden ihre Einnahmen auf diese Weise eine wünschenswerte Erhöhung erfahren.

c) Mitwirkung bei der Säuglingsfürsorge nach Maßgabe des örtlichen Bedürfnisses.

Die Ausübung einer anderen Erwerbstätigkeit kann der Hebamme von der Genehmigungsbehörde (§ 5), und zwar von dem Kreisausschuß nur durch Kollegialbeschluß, untersagt werden, wenn Bedenken vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege dagegen bestehen. Gegen das Verbot findet innerhalb zwei Wochen die Beschwerde an den Bezirksausschuß statt, der endgültig entscheidet.

Bei Ausübung ihres Berufes hat die Hebamme die vom Minister des Innern hierzu erlassenen Vorschriften zu befolgen.

Sie untersteht der Aufsicht des Kreisarztes.

Teil III: Bezirkshebammen.

§ 7.[7]) Soweit das Bedürfnis nach einwandfreier geburtshilflicher Versorgung es erheischt, sind die Landkreise verpflichtet, Bezirkshebammen

---

Die in Absatz 2 vorgesehene Bestimmung, wonach die Ausübung anderer Erwerbstätigkeit, als der unter § 6 Abs. 1 a bis c genannten Berufsaufgaben, der Hebamme von der Genehmigungsbehörde (§ 5) untersagt werden kann, wenn Bedenken vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege dagegen bestehen, entspricht einem dringenden Bedürfnis. In zahlreichen Fällen sehen sich Hebammen genötigt, außer ihrer Hebammentätigkeit einen Nebenberuf auszuüben, weil ihr Hauptberuf sie nicht ganz beschäftigt oder nicht voll ernährt. Derartige Nebentätigkeit birgt die Gefahr einer Infektion mit ansteckungsfähigen Stoffen in sich. So sollen beispielsweise Fälle vorgekommen sein, in denen Hebammen in kleinen Gemeinden gleichzeitig das Amt einer Leichenfrau ausübten. Weiter kann die nebenberufliche Tätigkeit als allgemeine Krankenpflegerin — eine Beschäftigung, der eine Hebamme aus naheliegenden Gründen namentlich in kleineren Orten sich zu widmen oft geneigt sein wird, — allerlei Gefahren für die von der Hebamme in ihrem Hebammenberuf zu versorgenden Personen mit sich bringen. Aehnliche Beispiele ließen sich noch in größerer Zahl anführen. Es erscheint deshalb dringend erforderlich, durch die vorgesehene Bestimmung die Möglichkeit zu gewähren, Hebammen im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege im Einzelfall die Ausübung einer anderen Erwerbstätigkeit zu untersagen. Daß es nicht beabsichtigt ist, auf Grund dieser Bestimmung einer Hebamme die Betätigung in der Landwirtschaft, wie sie bei den auf dem Lande wohnhaften Hebammen die Regel bildet, zu verbieten, sei ausdrücklich hervorgehoben. Das dem Vorsitzenden des Kreisausschusses nach § 117 Abs. 1 des Landesverwaltungsgesetzes zustehende Recht soll hier aus denselben Erwägungen, die für die Aufnahme des Satzes 2 in § 5 Abs. 1 maßgeblich sind, ausgeschlossen sein.

Der Absatz 3 bedeutet insofern einen Fortschritt, als er die Verpflichtung der Hebammen, die Vorschriften der von dem Minister des Innern erlassenen Dienstanweisung zu befolgen, gesetzlich festgelegt. Damit wird auch die bisher strittige Frage, ob die Hebamme zu einer Meldung beim Kreisarzt verpflichtet ist, gesetzlich bejahend geregelt, da diese Meldepflicht in § 1 der Dienstanweisung vom 14. September 1912 (Hebammenlehrbuch Ausgabe 1912 S. 369 flg.) vorgesehen ist. Hebammen, die die von dem Minister des Innern erlassenen Vorschriften über ihre Berufspflichten nicht befolgen, machen sich nach § 13 des Entwurfs strafbar; auch kann ihnen unter den in § 4 Ziff. 3 vorgesehenen Umständen die Genehmigung entzogen werden.

Der Absatz 4 entspricht der Vorschrift des § 6 Nr. 3 des Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen vom 16. September 1899, nach der der Kreisarzt insbesondere auch die Aufgabe hat, die Aufsicht über das Hebammenwesen zu führen.

[7]) Der § 7 beschränkt seinen Wirkungsbereich auf Landkreise, da angenommen werden darf, daß in Stadtkreisen überall eine einwandfreie geburtshilfliche Versorgung durch freipraktizierende Hebammen gesichert ist. Soweit

in einer der Bevölkerungsdichtigkeit und den Entfernungsverhältnissen entsprechenden Zahl auf Grund statutarischer Regelung anzunehmen, und im Bedarfsfall geeignete Personen in einer Hebammenlehranstalt auf ihre Kosten ausbilden zu lassen.

Jeder Bezirkshebamme ist ein räumlich abgegrenzter Bezirk (Hebammenbezirk) zuzuteilen, innerhalb dessen sie zur Ausführung aller unter ihre Berufsgeschäfte fallenden Aufträge nach Maßgabe ihrer Dringlichkeit verpflichtet ist. Außerhalb des Bezirkes ist ihr die Ausübung der Berufstätigkeit nur in Notfällen oder mit Genehmigung des Kreisausschusses gestattet.

---

das Bedürfnis nach einwandfreier geburtshilflicher Versorgung es erheischt, sollen die Landkreise gehalten sein, diesem Mangel in der in dem Entwurf vorgesehenen Weise abzuhelfen. Die geburtshilfliche Versorgung wird nicht nur dann als nicht einwandsfrei anzusehen sein, wenn die Zahl der in einem Landkreise tätigen Hebammen nicht ausreicht. Vielmehr wird die gesetzliche Verpflichtung der Landkreise auch dann Platz greifen, wenn Hebammen zwar vorhanden, einzelne unter ihnen aber den an sie zu stellenden beruflichen Anforderungen nicht genügen. Es empfiehlt sich, die Landkreise durch das Gesetz zu verpflichten, die erforderliche Annahme der Bezirkshebammen auf Grund statutarischer Regelung vorzunehmen, die sich in der Praxis durchaus bewährt hat und erfahrungsgemäß allein geeignet ist, befriedigende Verhältnisse auf diesem Gebiete herbeizuführen. Ist das Bedürfnis nach Annahme von Bezirkshebammen im Kreise nicht allgemein, sondern nur in einzelnen Teilen vorhanden, so beschränkt sich die Verpflichtung des Kreises zur Annahme von Bezirkshebammen auf sie. Eine ungerechtfertigte Heranziehung der nicht interessierten Kreisteile wird durch Mehr- oder Minderbelastung auf Grund des § 10 des Kreis- und Provinzialabgabengesetzes vom 23. April 1906 — Gesetzsamml. S. 159 flg. — vermieden werden können.

Unter „Bezirkshebammen" versteht der Entwurf solche Hebammen, die zur Befriedigung des allgemeinen Bedürfnisses der ganzen Bevölkerung eines Bezirks nach geburtshilflicher Versorgung vom Kreise bestellt werden. Diejenigen Hebammen, die von Armenverwaltungen zur Geburtshilfe bei Armen verpflichtet (Armenhebammen) oder von Gemeinden, Zweckverbänden, Aemtern, Bürgermeistereien und kreisangehörigen Städten zur Befriedigung eines in ihrem engeren Bezirke hervorgetretenen Bedürfnisses nach geburtshilflicher Versorgung bestellt und vielfach als Bezirkshebammen bezeichnet werden, sind nicht Bezirkshebammen im Sinne des Gesetzentwurfs; von ihnen ist im § 12 die Rede.

Die Annahme der Bezirkshebammen erfolgt durch einen privatrechtlichen Akt (§ 8 Abs. 1). Beamte im Sinne des Gesetzes, betreffend die Anstellung und Versorgung der Kommunalbeamten vom 30. Juli 1899 (Gesetzsamml. S. 141 flg.) werden die Bezirkshebammen durch ihre Annahme also nicht.

Wenn der Gesetzentwurf bestimmt, daß bei der Bestellung von Bezirkshebammen auf die Bevölkerungsdichtigkeit und auf die Entfernungsverhältnisse Rücksicht zu nehmen sei, so soll damit die Berücksichtigung auch anderer Verhältnisse, z. B. der Verkehrsverhältnisse, selbstverständlich nicht ausgeschlossen werden. Ueberhaupt soll bei der Abgrenzung der Bezirke der Bezirkshebammen, ebensowenig wie bei der Festlegung der Niederlassungsbezirke nach § 1, schematisch verfahren werden, die Kreisverwaltungen sollen vielmehr den besonderen örtlichen Verhältnissen durchaus Rechnung tragen. Da die Verkehrsmittel überall in der Vermehrung und Vervollkommnung begriffen sind, insbesondere das Telegraphen- und Telephonnetz auch auf dem platten Lande rasche Fortschritte macht und der Gebrauch des Fahrrads immer mehr zum Gemeingut der Bevölkerung geworden ist, so wird angenommen werden dürfen, daß dort, wo die Bevölkerungsdichtigkeit nicht zunimmt, die Anzahl der erforderlichen Bezirkshebammen mit der Zeit ohne Verletzung wesentlicher Interessen eine Einschränkung wird erfahren können.

Der Sicherstellung des Unterhalts, die der Hebamme durch die Annahme als Bezirkshebamme zuteil wird, entspricht auf der anderen Seite ihre Verpflichtung zur Hilfeleistung gegenüber den Bezirkseingesessenen. Damit

§ 8.[8]) Die Annahme der Bezirkshebamme (§ 7) erfolgt durch Vertrag.

In dem Annahmevertrage hat der Kreis der Bezirkshebamme mindestens zuzusichern:

1. die Gewährleistung eines jährlichen Mindesteinkommens von 720 Mark für die gemäß § 6a und 6b geleistete Berufstätigkeit;
2. ein jährliches Ruhegehalt von mindestens 240 Mark für den Fall der Berufsunfähigkeit (§ 4 Nr. 6) oder der Vollendung des 65. Lebensjahres (§ 4 Nr. 7) nach 10jähriger Tätigkeit als Bezirkshebamme, oder, falls die Berufsunfähigkeit die Folge einer Krankheit, Verwundung oder sonstigen

---

denselben ihre Hilfe auch tatsächlich gesichert bleibt, kann der Bezirkshebamme die Berufstätigkeit außerhalb ihres Bezirks nur in Notfällen oder mit besonderer Genehmigung des Kreisausschusses gestattet werden.

[8]) Zu § 8: Der Gesetzentwurf sieht davon ab, den hier zugunsten der Bezirkshebammen getroffenen Bestimmungen die Form gesetzlicher Ansprüche gegen den Kreis zu geben, vielmehr werden dem Kreise nur Vorschriften darüber erteilt, welche Rechte er den Bezirkshebammen durch Vereinbarungen mindestens einzuräumen hat. Dadurch wird vermieden, daß die Bezirkshebammen außer ihren privatrechtlichen Ansprüchen auch solche öffentlichrechtlicher Art gegen den Kreis erheben und im Rechtswege geltend machen können. Diese Art der Regelung empfiehlt sich, weil die Rechtslage im Einzelfalle sich unsicher gestalten würde, wenn keine Gewähr dafür gegeben ist, daß sich die aus der Annahme der Bezirkshebammen ergebenden wechselseitigen Rechte und Pflichten lediglich nach dem Vertrage richten.

In Absatz 2 werden die Mindestleistungen festgelegt, die erforderlich sind, um den Bezirkshebammen als Grundlage einer angemessenen Lebenshaltung zu dienen.

In erster Linie wird die Bezirkshebamme, ebenso wie die freipraktizierende, den Entgelt für ihre Tätigkeit in den ihr nach der Gebührenordnung zustehenden Gebühren zu suchen haben. Grundsätzlich wird es Sache der Kreise sein, die Bezirke so abzugrenzen, daß die Bezirkshebamme in ihnen ein angemessenes Einkommen aus ihrem Berufe findet, ohne daß etwa die berechtigten Wünsche der Bevölkerung nach schneller geburtshilflicher Versorgung darunter leiden. Es läßt sich aber nicht verkennen, daß eine solche Abgrenzung in vielen Gegenden des Vaterlandes nicht möglich sein wird. Schlechte Verkehrsverhältnisse und weit auseinander liegende Wohnplätze werden, insbesondere in den östlichen und in gebirgigen Gegenden des Staates, oft dazu zwingen, für entlegene Ortschaften Hebammenbezirke zu bilden, in denen die Bezirkshebamme eine einigermaßen ausreichende berufliche Beschäftigung nicht zu finden vermag.

Hier soll die unter Nr. 1. festgesetzte Verpflichtung des Kreises helfend eingreifen, der gehalten sein soll, der Bezirkshebamme eine Mindesteinnahme für die gemäß § 6 Abs. 1 Ziff. a und b geleistete Berufstätigkeit zu gewährleisten. Es ist nicht leicht, diesen Mindestbetrag richtig zu bemessen, da sich hier die berechtigten Wünsche der Hebammen nach Verbesserung ihres Einkommens mit der gebotenen Rüchsicht auf die jetzt besonders schwierige geldliche Lage der Kreise gegenüberstehen. Ein Erlaß des Ministers des Innern vom 27. März 1913, der in Anlehnung an einen Erlaß des Kultusministers vom 15. Oktober 1908 die Voraussetzungen regelt, unter denen Kreisen die statutarische Regelung des Hebammenwesens durch Gewährung von Staatsbeihilfen erleichtert werden kann, verlangte die Gewährleistung eines Einkommens von wenigstens 360 M. Es ist ohne weiteres klar, daß diese Summe im allgemeinen den Anforderungen der jetzigen Zeit nicht genügt und namentlich dann als gänzlich unzureichend angesehen werden muß, wenn man, wie der Gesetzentwurf, davon ausgeht, daß die Besserung der wirtschaftlichen Lage der Hebammen ein wesentliches Mittel zur Abstellung vieler auf dem Gebiete des Hebammenwesens bestehender Mängel ist. Der Mindestbetrag des der Bezirkshebamme zu gewährleistenden Einkommens für die gemäß § 6 Abs. 1 Ziff. a und b geleistete Berufstätigkeit wird daher auf 720 M. jährlich zu bemessen und im Gesetz festzulegen sein, wobei im Auge zu behalten ist, daß auch ein

Beschädigung ist, die sich die Bezirkshebamme bei Ausübung oder aus Veranlassung ihres Berufs ohne eigenes Verschulden zugezogen hat, bereits nach 5jähriger Tätigkeit;

3. die unentgeltliche Ueberweisung der zur Berufstätigkeit erforderlichen Instrumente, Geräte und Bücher sowie ferner der Desinfektionsmittel, soweit sie für den persönlichen Gebrauch der Bezirkshebamme und für die Verwendung bei Unbemittelten erforderlich sind;
4. angemessene Entschädigung für die Teilnahme an Nach-

---

solcher Einkommensbetrag mit den sonstigen gesetzlich vorgeschriebenen Mindestleistungen des Kreises nur die Grundlage einer angemessenen Lebenshaltung einer Hebamme bildet. Es werden vielmehr viele Bezirkshebammen auf Einnahmen aus (hygienisch unbedenklicher) anderweiter Tätigkeit angewiesen bleiben, falls sie nicht, was auf dem Lande die Regel zu bilden pflegt, Ehefrau eines kleinen Landwirtes oder Handwerkers sind und als solche nur einen Zuschuß zu den Kosten des gemeinschaftlichen Haushaltes aufzubringen haben.

Dem Provinzialrat (bezw. den kraft besonderer gesetzlicher Vorschrift an seine Stelle tretenden Behörden) wird die Befugnis beizulegen sein, die Summe von 720 M., sei es für die ganze Provinz, sei es für Teile derselben durch endgültigen Beschluß zu erhöhen, sofern sie nach den besonderen örtlichen Verhältnissen nicht als ausreichend anzusehen ist. Andererseits liegt es auf der Hand, das in Hebammenbezirken mit verhältnismäßig geringer Geburtenzahl, in denen die Bezirkshebamme noch auf andere Erwerbstätigkeit angewiesen ist, die Gewährleistung eines Berufseinkommens von 720 M. nicht nur zu einem bedenklichen Mißverhältnis zwischen den beruflichen Leistungen der Bezirkshebamme und ihrer Vergütung führen, sondern namentlich in Gegenden mit einfacherer Lebenshaltung und minder gesteigerten Teuerungsverhältnissen auch über die Sicherung einer angemessenen Gesamtsubsistenz der Bezirkshebamme hinausgehen würde. Hierzu kommt das Bedenken, daß jede über das Maß des wirklich Notwendigen erheblich hinausgehende Festsetzung des zu gewährleistenden Mindesteinkommens die im Interesse hinreichender geburtshilflicher Versorgung wünschenswerte Bildung möglichst vieler kleiner Hebammenbezirke in gebirgigen Gegenden oder sonstigen dünn bevölkerten Landesteilen beeinträchtigen könnte. Aus diesem Grunde erscheint es geboten, dem Provinzialrat auch die Befugnis zu einer Ermäßigung des Satzes von 720 M. für das zu gewährleistende Mindesteinkommen einzuräumen (Abs. 3).

Der Erlaß der näheren Bestimmungen über die Feststellung des der Bezirkshebamme nach Maßgabe des gewährleistenden Mindesteinkommens vom Kreise zu ihren Gebühreneinnahmen (Abs. 2 Ziff. 1) etwa zu zahlenden Zuschusses wird zweckmäßigerweise dem Minister des Innern zu übertragen sein. Es ist beabsichtigt, sie nach Maßgabe des § 7 des jetzt gebräuchlichen Normalstatuts in der Weise erfolgen zu lassen, daß der Kreisausschuß alljährlich auf Grund des eingereichten Rechnungsbuches der Bezirkshebamme feststellt, wieviel Entbindungen die Bezirkshebamme im Jahre gehabt hat. Für jede Entbindung wird ihr eine Pauscheinnahme angerechnet und der Betrag der Pauscheinnahme mit der Anzahl der Entbindungen multipliziert. Ist der sich ergebende Betrag geringer, als das gewährleistete Mindesteinkommen, so ist der Bezirkshebamme die Differenz aus der Kreiskommunalkasse bis spätestens zum 21. März jeden Jahres zu bezahlen. Der Betrag der anzurechnenden Pauscheinnahme kann nicht einheitlich für die ganze Monarchie festgesetzt werden, weil die Durchschnittseinnahmen der Hebammen für eine Entbindung in den einzelnen Provinzen, ja sogar in den einzelnen Kreisen verschieden sind. Es ist daher beabsichtigt, ihre Festsetzung den Regierundspräsidenten zu übertragen, die am besten in der Lage sind, die Höhe der durchschnittlichen Einnahme für eine Entbindung zu ermitteln.

Eine erwünschte Erhöhung ihrer Berufseinnahmen kann die Bezirkshebamme durch ihre neu in Aussicht genommene (§ 6 Abs. 1 Ziff. c) Mitwirkung bei der Säuglingsfürsorge erhalten, für die ihr eine besondere angemessene Vergütung zu gewähren ist, die bei der Feststellung des Mindesteinkommens außer Betracht zu lassen ist.

prüfungen und Wiederholungslehrgängen, sofern sie nicht durch Verschulden der Bezirkshebamme notwendig wird.

Der Provinzialrat ist befugt, die unter Nr. 1 und 2 vorgesehenen Beträge, sei es für die ganze Provinz, sei es für einzelne Teile derselben, zu erhöhen oder herabzusetzen.

Der Minister des Innern erläßt die näheren Vorschriften über die Feststellung des nach Abs. 2 Nr. 1 etwa zu zahlenden Zuschusses.

Die Vorschriften unter Abs. 2 Nr. 2 bis 4 stehen mit Nr. 1 im engen Zusammenhange. Die Notwendigkeit für die Bezirkshebamme auch für den Fall der Berufsunfähigkeit (§ 4 Nr. 6) oder der Vollendung des 65. Lebensjahres (§ 4 Nr. 7) zu sorgen, dürfte allgemein anerkannt werden. Da aber die Bezirkshebamme die Möglichkeit hat, sich selbst für den Fall des Alters und der Invalidität durch freiwillige Leistungen zu sichern, da sie ferner nach Aufgabe des Hebammenberufs oft imstande sein wird, in beschränktem Umfange noch anderem Erwerbe nachzugehen, so wird es genügen, die gesetzliche Mindestleistung des Kreises an Ruhegeld so festzusetzen, daß die frühere Bezirkshebamme nur einen Zuschuß für ihren Unterhalt erhält. Auch hier ist es schwierig, die Mindestleistung des Kreises richtig zu bestimmen. Bisher wurde als Voraussetzung für die Gewährung einer staatlichen Beihilfe anläßich kreisstatutarischer Regelung des Hebammenwesens verlangt, daß der sie in Anspruch nehmende Kreis seinen Bezirkshebammen ein jährliches Ruhegeld von mindestens 150 M. gewährt. Den veränderten Zeitverhältnissen dürfte es entsprechen, diese Summe auf 240 M. festzusetzen. Es sei ausdrücklich hervorgehoben, daß dieser Betrag nach der Absicht des Gesetzentwurfs aus Kreismitteln in voller Höhe zu gewähren ist, daß also auf ihn irgendwelche anderen Bezüge der Bezirkshebamme aus öffentlichen Kassen, z. B. eine ihr auf Grund der Reichsversicherungsordnung gezahlte Rente, nicht angerechnet werden dürfen. Dem Provinzialrat wird auch hier die Befugnis zu einer Erhöhung oder Herabsetzung beizulegen sein.

Der gesetzliche Anspruch auf Ruhegeld erwächst der Bezirkshebamme erst, wenn sie 10 Jahre hintereinander in ein und demselben Kreise als Bezirkshebamme tätig gewesen ist und vor Ausscheiden aus dieser Tätigkeit die Berufsunfähigkeit eintritt oder das 65. Lebensjahr vollendet wird. Damit soll nicht etwa ausgeschlossen sein, muß vielmehr im Interesse des Hebammenstandes als erwünscht bezeichnet werden, daß Kreise darüber hinaus eine Tätigkeit als Bezirkshebamme in einem anderen Kreise bei der Bemessung des Ruhegeldes berücksichtigen. Angemessen erscheint es weiter, der Bezirkshebamme, unabhängig von dem Anspruch auf Ruhegeld nach 10jähriger Tätigkeit als Bezirkshebamme im Dienste eines und desselben Kreises, einen Anspruch auf Ruhegeld auch dann zuzuerkennen, wenn sie nach 5jähriger Tätigkeit im Dienste ein und desselben Kreises infolge von Krankheit, Verwundung oder sonstiger Beschädigung, die sie sich bei der Ausübung oder aus Veranlassung ihres Berufs ohne eigenes Verschulden zugezogen hat, berufsunfähig wird.

Um den Kreisen die Aufbringung der Mehraufwendungen zu erleichtern, die ihnen durch die erhöhten Anforderungen des § 8 des Gesetzentwurfs erwachsen werden, ist von der Königlichen Staatsregierung in Aussicht genommen, die Voraussetzungen, unter denen den Kreisen bisher Beihilfen zu den Aufwendungen für Zwecke des Bezirkshebammenwesens gewährt werden können, zugunsten der Kreise abzuändern. Es sollen nach Inkrafttreten des Gesetzes allen denjenigen Kreisen Beihilfen gewährt werden können, die das Bezirkshebammenwesen durch ein den Bestimmungen des § 8 des Gesetzentwurfs entsprechendes Kreisstatut geregelt haben, sofern sie

a) mindestens 50% des gesamten der Kreisbesteuerung zugrunde liegenden staatlich veranlagten Steuersolls an Kreiskommunalsteuerzuschlägen erheben,
b) für das Hebammenwesen mindestens 1% dieses Steuersolls jährlich aufwenden.

Die Beihilfen sollen grundsätzlich wie bisher bis zur Höhe von $^1/_3$ der Aufwendungen des Kreises für Bezirkshebammenzwecke gegeben werden. Um indessen besonders leistungsschwache Kreise noch weiter zu entlasten, soll den-

§ 9.[9]) In dem Annahmevertrage ist zu bestimmen, daß das Vertragsverhältnis der Bezirkshebamme in den dem § 3 Nr. 2 und 3 entsprechenden Fällen erlischt.

Der Kreis darf sich ein Kündigungsrecht nur für die Fälle des § 4 oder beim Vorliegen eines wichtigen Grundes im Sinne des § 626 BGB. vorbehalten. Ueber die Kündigung beschließt das Kollegium des Kreisausschusses.

§ 10.[10]) Unterläßt es ein Kreis, den Vorschriften der §§ 7—9 binnen der ihm von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nachzukommen, so faßt auf Antrag des Regierungspräsidenten der Bezirksausschuß die zur Erfüllung der Pflichten des Kreises erforderlichen Beschlüsse.

---

jenigen Kreisen, bei denen das Staatseinkommensteuersoll einschließlich der fingierten Steuersätze auf den Kopf der Bevölkerung nicht über den Betrag von 3,50 M. hinausgeht, eine Beihilfe bis zur Hälfte ihrer Ausgaben für Bezirkshebammenzwecke gewährt werden können.

Durch die Milderung der Grundsätze werden der Staatskasse nicht unerhebliche Mehraufwendungen erwachsen. Bisher stehen zur Unterstützung des Bezirkshebammenwesens bei Kap. 97 a Tit. 28 100000 M. zur Verfügung. Da diese Summe dem Bedürfnis nicht mehr entspricht, ist ihre Erhöhung um 50000 M. in dem Entwurf des Staatshaushalts für 1918 vorgesehen. Die Mehraufwendungen, die der Staatskasse nach Verabschiedung dieses Gesetzentwurfs und Milderung der Grundsätze erwachsen werden, sind auf etwa 400000 M. zu schätzen.

[9]) Zu **§ 9: Ein privatrechtlicher Annahmevertrag würde an sich für ein willkürliches Kündigungsrecht Raum bieten.** Die Bezirkshebamme einer willkürlichen Kündigung auszusetzen, erscheint aber nicht angezeigt. Mit dem Scheiden aus der Stelle würde ihr infolge der Vorschrift in § 1 des Gesetzentwurfs in der Regel jede Möglichkeit zur Ausübung ihres Berufs genommen sein. Namentlich aber muß verhindert werden, daß etwa ein Kreis der Notwendigkeit, einer Bezirkshebamme eine Ruhegeld zu zahlen, durch ungerechtfertigte Kündigung zuvorkommt. Eine Kündigung kann daher nur zugelassen werden, sofern sie sachlich gerechtfertigt erscheint. Der § 9 erschöpft die Fälle, in denen dies zutrifft.

Wegen der aus unberechtigter Kündigung sich ergebenden Rechtsansprüche steht der Bezirkshebamme nach allgemeiner Rechtsregel der ordentliche Rechtsweg offen.

[10]) Zu **§ 10:** Es würde eine Lücke im Gesetz darstellen, wenn nicht für den Fall, daß ein Kreis sich seinen durch die §§ 7 bis 9 begründeten Verpflichtungen entzieht, ein Zwangsmittel zur Verfügung gestellt würde. Die in den Kreisordnungen vorgesehene Befugnis des Regierungspräsidenten zur Zwangsetatisierung reicht hier nicht aus, da es sich nicht nur um die Aufbringung der erforderlichen Mittel, sondern um die Erfüllung der dem Kreise durch §§ 7 bis 9 auferlegten Pflichten, insbesondere um den Erlaß einer statutarischen Anordnung, die Bestimmung der Anzahl und der Grenzen der Hebammenbezirke, sowie um die Feststellung der Vertragsbedingungen handelt, unter denen die Bezirkshebammen angenommen werden sollen.

Die Kontrolle darüber, daß die Kreise gesetzmäßig verfahren, wird zunächst der Aufsichtsbehörde zu überlassen sein. Vor zu weitgehenden Anforderungen derselben will der Gesetzentwurf die Kreise dadurch schützen, daß er im Streitfalle die Entscheidung dem Bezirksausschusse überträgt, der an Stelle der Kreisorgane alle diejenigen Beschlüsse zu fassen hat, die nach Lage des Einzelfalles zur Erfüllung der dem Kreise nach §§ 7 bis 9 obliegenden Pflichten erforderlich sind. Insbesondere kann der Bezirksausschuß auch eine statutarische Regelung des Hebammenwesens vornehmen.

Gegen den Beschluß des Bezirksausschusses ist nach § 121 des Landesverwaltungsgesetzes die Beschwerde an den Provinzialrat gegeben, der so insbesondere in der Lage sein wird, sachlich ungerechtfertigte Verschiedenheiten in den Grundsätzen über die Bildung von Hebammenbezirken innerhalb der Provinz auszugleichen.

Teil IV: Uebergangs-, Straf- und Schlußbestimmungen.

§ 11.[11]) Hebammen, die das Prüfungszeugnis vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes erworben haben, bedürfen der Genehmigung (§§ 1—5) erst nach Ablauf von acht Jahren seit diesem Zeitpunkte. Auch vorher bedürfen sie der Genehmigung, wenn sie nach Inkrafttreten dieses Gesetzes ihren Niederlassungsort wechseln oder zwei Jahre hintereinander ihren Beruf nicht ausüben.

§ 12.[12]) Die Befugnis der Gemeinden, Zweckverbände, Aemter und Bürgermeistereien, auch ihrerseits Hebammen ausbilden zu lassen oder anzunehmen oder mit ihnen wegen unentgeltlicher Hilfeleistung bei Hilfsbedürftigen Verträge zu schließen, bleibt mit der sich aus § 1 ergebenden Einschränkung unberührt.

§ 13.[13]) Mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder mit Haft werden, sofern nicht nach den bestehenden Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist, Hebammen bestraft, die ihre Berufspflichten (§ 6 Abs. 3) verletzen oder die Geburtshilfe ohne die erforderliche Genehmigung (§§ 1—5) oder ohne Bestellung als Bezirkshebamme (§§ 7—10) ausüben.

§ 14.[14]) Der Minister des Innern erläßt die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Bestimmungen.

Insbesondere erläßt der Minister des Innern, unbeschadet der Rechte der Kommunalverbände auf statutarische oder reglementarische Regelung der Zulassung zu den Hebammenlehranstalten, die Vorschriften über die Voraussetzungen der Zulassung und die Ausbildung der Hebammenschülerinnen, über die Zusammensetzung des Prüfungsausschusses, die Prüfung, Erteilung und Wiederverleihung des Prüfungszeugnisses sowie über die Form der Niederlassungsgenehmigung, über die Berufspflichten, die Nachprüfungen und Wiederholungslehrgänge, sowie über die vom Kreisarzte auszuübende Aufsicht.

---

[11]) Zu § 11: Die zurzeit frei praktizierenden Hebammen sogleich mit Inkrafttreten des Gesetzes der Genehmigungspflicht zu unterwerfen und damit zum Teil brotlos zu machen, würde eine ungerechtfertigte Härte darstellen.

Dagegen liegt kein Anlaß vor, sie besser als später zur Niederlassung kommende Hebammen zu behandeln, falls sie nach Inkrafttreten des Gesetzes den Niederlassungsort wechseln oder auf längere Zeit die Praxis unterbrochen haben.

[12]) Zu § 12: Will das Recht — nicht die Pflicht — der darin aufgeführten Korporationen, auch in Zukunft ihrerseits Hebammen ausbilden zu lassen oder anzunehmen oder sie zur unentgeltlichen Hilfeleistung bei Hilfebedürftigen gegen Gewährung einer Pauschvergütung zu verpflichten, klarstellen. Es versteht sich nach der Absicht des Gesetzentwurfs von selbst, daß auch diese Hebammen der Niederlassungsgenehmigung nach § 1 bedürfen.

[13]) Zu § 13: Einer Disziplinarbestrafung unterliegt die Hebamme als freie Gewerbetreibende nicht. Gesetzlicher Strafe verfällt sie wegen Verletzung ihrer Berufspflichten im allgemeinen nur, wenn dieselbe zu einer Körperverletzung oder zu einem Todesfalle führt. Es hat sich aber das Bedürfnis nach Ahndung von geringeren Pflichtverletzungen, beispielsweise der Vernachlässigung der Desinfektionsvorschriften oder der Nichtzuziehung eines Arztes in schwierigen Entbindungsfällen, auch dann herausgestellt, wenn sie zu so schweren Folgen nicht geführt haben. Vielfach sind entsprechende Strafnormen durch Polizeiverordnungen geschaffen worden. Es dürfte angezeigt sein, sie durch eine einheitliche gesetzliche Strafandrohung zu ersetzen. Außerdem bedarf es einer strafrechtlichen Sicherung des Verbots der Berufsausübung ohne Genehmigung oder ohne Bestellung als Bezirkshebamme.

[14]) Die Vorschriften in § 14 entsprechen der bisherigen Uebung.

§ 15.[15]) Alle bisherigen, das Hebammenwesen betreffenden gesetzlichen und polizeilichen Vorschriften treten außer Kraft mit Ausnahme des Gesetzes, betreffend die Ausführung der §§ 5 und 6 des Gesetzes vom 30. April 1873 wegen der Dotation der Provinzial- und Kreisverbände, vom 8. Juli 1875 (Gesetzsammlung S. 497) und des Gesetzes, betreffend die Gebühren der Hebammen, vom 10. Mai 1908 (Gesetzsammlung S. 103).

§ 16. Dieses Gesetz tritt am 1. April 1919 in Kraft.

Der Gesetzentwurf geht also von der Auffassung aus, daß zur Abstellung der Mißstände im Hebammenwesen der Hebel bei der wirtschaftlichen Lage angesetzt werden muß, damit die für das Gedeihen der Familien erforderliche Anzahl von Hebammen durch ihren Beruf ihren Unterhalt findet und das ganze Hebammenwesen gehoben werde. Die wirtschaftliche Besserstellung wird einen größeren Andrang, namentlich auch geeigneter Elemente, zum Beruf zur Folge haben und dadurch eine bessere Auswahl der Hebammenschülerinnen ermöglichen; die Erfolge der Ausbildung werden verbessert und die technischen Leistungen der Hebammen wesentlich gehoben werden können. Die notwendige Voraussetzung für die Sicherstellung des Lebensunterhalts aus dem Berufseinkommen bildet aber die Beschränkung der Anzahl der Hebammen auf das notwendige Maß und ihre angemessene Verteilung über die Monarchie. In der Begründung heißt es mit Recht:

„Eine Einschränkung der Hebammenzahl auf das Bedürfnis der einzelnen Gegenden stellt zugleich den am leichtesten gangbaren und am sichersten zum Ziele führenden Weg dar, den frei praktizierenden Hebammen die Möglichkeit einer angemessenen Lebenshaltung zu sichern. Wo Dichtigkeit und Wohlstand der Bevölkerung ausreichen, um einer Hebamme eine auskömmliche Praxis zu gewähren, findet noch überall ein Zudrang frei praktizierender Hebammen statt, der ein behördliches Eingreifen zur geburtshilflichen Versorgung entbehrlich macht. Wird diesem Zudrang nur soweit freie Bahn gelassen, als ein wirkliches Bedürfnis nach Geburtshelferinnen vorhanden ist, so werden die Hebammen durch ihre Einnahmen aus der Praxis nicht nur dauernd ihr Auskommen finden können, sondern auch Gelegenheit haben, für Fälle der Krankheit und für das Alter durch Rücklage von Ersparnissen in gleicher Weise zu sorgen, wie es die Angehörigen anderer freier Erwerbsstände tun müssen. Endlich bietet die Einschränkung der Niederlassungsfreiheit die Möglichkeit einer Verbesserung der Aufsicht über die Hebammen, namentlich über die frei praktizierenden, die gegenwärtig mangels ausreichender gesetzlicher Handhaben zum Schaden der Bevölkerung oft versagt."

Aus diesen Gründen macht der Gesetzentwurf zunächst die Zulassung zum Hebammenberuf von einer Genehmigung abhängig, die nur im Falle des Bedürfnisses erteilt werden soll. Die Zulässigkeit einer solchen landesrechtlichen Beschränkung der Niederlassungsfreiheit der Hebammen gegenüber den Bestimmungen der Reichsgewerbeordnung kann nicht be-

[15]) § 15 hebt die sämtlichen bisherigen das Hebammenwesen betreffenden gesetzlichen und polizeilichen Vorschriften, mit Ausnahme der besonders aufgeführten, auf. Da nur Bestimmungen über das Hebammenwesen als solches außer Kraft gesetzt werden sollen, so versteht es sich von selbst, daß Vorschriften wie die des § 8 Nr. 3 des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 25. August 1905 — Gesetzsamml. S. 373 — auch fernerhin bestehen bleiben.

zweifelt werden. Andere Bundesstaaten haben von dieser landesrechtlichen Befugnis auch zum Teil einen sehr weitgehenden Gebrauch gemacht; das Königreich Sachsen z. B. schließt noch heutzutage die frei praktizierenden Hebammen vollkommen aus und läßt nur behördlich angestellte Hebammen zu.

Diese im § 1 des Gesetzentwurfes vorgesehene Beschränkung der Niederlassungsfreiheit entspricht zweifellos nicht bloß den Interessen des Hebammenstandes, sondern auch dem öffentlichen Interesse, so daß man sich damit vom gesundheitlichen Standpunkte aus nur einverstanden erklären kann. Leider bezieht sich der im § 1 Abs. 1 des Entwurfs vorgesehene Schutz der Hebammen gegen Pfuscherei nur auf weibliche Personen und läßt die männlichen Pfuscher unberücksichtigt, obwohl diese auch vorhanden sind. Zu einem solchen Verbot bedarf es allerdings einer reichsgesetzlichen Bestimmung, da nach der Gewerbeordnung die Ausübung der Geburtshilfe durch männliche Personen unbeschränkt freigegeben ist; man sollte es deshalb in den jetzt dem Reichstage vorliegenden Entwurf zur Bekämpfung des Geburtenrückganges aufnehmen, denn es gehört ebenfalls zu den diesen bekämpfenden Mitteln.

Auch den §§ 2—5 über die Erteilung der Genehmigungsurkunde, den Verlust ihrer Gültigkeit, ihre Versagung und Zurückziehung wird sicherlich allseitig zugestimmt werden; Voraussetzung ist allerdings hierbei, daß der zuständige Kreisarzt in allen diesen Fällen mitzuwirken hat, wie dies nach den Erläuterungen zu § 8 beabsichtigt ist. Es sollte dies aber im Gesetz selbst zum Ausdruck gebracht und daher dem letzten Absatz des § 6 folgende Fassung gegeben werden: „Sie untersteht der Aufsicht des Kreisarztes, der bei der Durchführung dieses Gesetzes, insbesondere der §§ 1—5, mitzuwirken hat. Ein dementsprechender Zusatz würde auch im § 14 am Schluß zu machen sein.

Zu den Pflichten der Hebammen (§ 6) ist erfreulicher Weise neu hinzugekommen die „Mitwirkung bei der Säuglingsfürsorge nach Maßgabe des örtlichen Bedürfnisses.“ Warum nur „Mitwirkung nach Maßgabe des örtlichen Bedürfnisses?“ Die Hebamme kommt unseres Erachtens in erster Linie als Säuglingspflegerin in Betracht, besonders wenn sie dafür noch besonders ausgebildet wird. Dies soll ja aber nach den Erläuterungen zu § 6 und nach den Grundsätzen des Bundesrats für die Regelung des Hebammenwesens künftighin geschehen;[1]) es ist deshalb eine solche Einschränkung nicht nur überflüssig, sondern auch nachteilig für die Förderung und den weiteren Ausbau der Säuglingspflege. Namentlich auf dem Lande ist die Hebamme die geeignetste Persönlichkeit, neben der Sorge für die Mütter auch die ständige Ueberwachung der Säuglinge im ersten Lebensjahre zu übernehmen. Sie ist die berufene

[1]) Siehe Beilage u. Medizinalgesetzgebung zu dieser Nummer, Seite 42.

Säuglingsfürsorgerin, die das Vertrauen der Mütter, denen sie in ihrer schweren Stunde beigestanden hat, besitzt, den Gesundheitszustand der Mütter und der Säuglinge in den ersten 14 Tagen ständig überwacht, allzeit am Orte vorhanden ist und auch fast überall genügend Zeit übrig hat, um diese mit ihrem eigentlichen Berufe eng verbundene Tätigkeit mit zu übernehmen. Dazu kommt, daß sich dadurch nicht nur die Bestellung besonderer Säuglingspflegerinnen auf dem Lande erübrigt und alle sonst unausbleiblichen Mißhelligkeiten zwischen diesen und den Hebammen vermieden werden, sondern daß auch die soziale und wirtschaftliche Lage der Hebammen durch diese Tätigkeit und die damit verbundene besondere Vergütung gehoben und es ihr dadurch ermöglicht wird, auf jede Nebentätigkeit zu verzichten, was wiederum im allgemeinen gesundheitlichen Interesse sehr erwünscht ist. Jedenfalls würde die Durchführung einer geregelten und wirksamen Säuglingsfürsorge auf dem Lande dadurch wesentlich erleichtert und vor allem auch sehr erheblich verbilligert werden.

Nach § 6 Abs. 2 kann der Hebamme die Ausübung einer anderen Erwerbstätigkeit untersagt werden, wenn Bedenken vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege dagegen stehen. Diese durchaus berechtigte Bestimmung setzt selbstverständlich voraus, daß der Hebamme die Anzeigepflicht für jede andere Erwerbstätigkeit auferlegt werden muß, denn ihr selbst kann doch die Beurteilung nicht überlassen werden, ob dieser Tätigkeit gesundheitliche Bedenken entgegenstehen oder nicht. Zweckmäßiger dürfte deshalb eine positive Fassung dieser Bestimmung sein, dahingehend, daß die Hebamme zur Ausübung einer anderen Erwerbstätigkeit, abgesehen von einer Betätigung in ihrem eigenen Haushalt und im landwirtschaftlichen Betriebe, einer besonderen Genehmigung bedarf. Vor Erteilung dieser Genehmigung müßte selbstverständlich der Kreisarzt gehört werden und diesem auch das Recht zustehen, Beschwerde zu erheben, falls etwa die Genehmigungsbehörde entgegen seinem Gutachten die Genehmigung erteilt hätte.

Mit Recht wird dann in der allgemeinen Begründung gesagt:

„Die Beschränkung der Niederlassungsfreiheit löst aber die Frage der Sicherstellung des Lebensunterhalts für die Hebammen nur dort, wo ihnen eine noch einigermaßen lohnende Beschäftigung winkt. Sie versagt dagegen überall, wo wegen geringerer Dichtigkeit und Bedürftigkeit der Bevölkerung die freie Niederlassung von Hebammen nicht oder nicht in genügendem Maße stattfindet. Hier verlangt das öffentliche Interesse sowohl ein behördliches Eingreifen für die geburtshilfliche Versorgung der Bevölkerung, als auch eine Bereitstellung öffentlicher Mittel für die Hebammen, die, obwohl für die Bevölkerung unentbehrlich, doch ihren Lebensunterhalt einschließlich der Fürsorge für die Fälle der Erwerbsunfähigkeit durch ihren Beruf nicht finden können."

Der Gesetzentwurf sieht die Befriedigung dieses öffentlichen Interesses durch Ausgestaltung der Einrichtung der Bezirkshebammen vor (§§ 7—10). Wo das Bedürfnis nach einwandfreier geburtshilflicher Versorgung es erheischt, sollen in der erforderlichen Anzahl Hebammen angenommen werden,

denen der Kreis, abgesehen von anderen Leistungen, eine Mindesteinnahme zu gewährleisten hat (§ 8). Als Rechtsträger für die Einrichtung der Bezirkshebammen sollen die Kreise gelten, da sich die Hebammenbezirke ihrer Aufgabe im allgemeinen nicht gewachsen gezeigt haben. Es ist dies keine Neuerung, da schon bisher die meisten Landkreise (248), besonders in den alten Provinzen, das Hebammenwesen statutarisch geregelt haben, und sich diese Regelung als zweckmäßig bewährt hat. Anderseits soll aber den Gemeinden, Zweckverbänden, Aemtern und Bürgermeistereien nach § 12 des Entwurfes die Befugnis verbleiben, auch ihrerseits Hebammen ausbilden zu lassen oder anzunehmen oder mit ihnen wegen unentgeltlicher Hilfeleistung bei Hilfsbedürftigen Verträge zu schließen; eine Ausnahmebestimmung, die nach unserer Ansicht in hohem Grade nachteilig auf den Hauptzweck des Gesetzentwurfs: Hebung des Hebammenstandes und Besserung seiner wirtschaftlichen Lage wirken muß, denn die Gemeinden usw. werden nach den bisherigen Erfahrungen sicherlich versuchen, durch Anstellung solcher Gemeinde- usw. Hebammen sich um die im § 8 vorgesehenen Mindestleistungen herumzudrücken. Deshalb wird der § 12 des Gesetzentwurfes am besten gestrichen; er ist außerdem ein wesentliches Hindernis für die im öffentlichen Interesse dringend wünschenswerte einheitliche Regelung des Hebammenwesens, inbesondere soweit die Bezirkshebammen in Frage kommen. Warum neben den Bezirkshebammen noch sog. „Gemeindehebammen" schaffen, lediglich deshalb, weil die Gemeinden usw. früher das Recht zu deren Anstellung gehabt haben. Es ist zwar an sich gang gut wenn dem Selbstverwaltungsorgan bei der Durchführung des Bezirkshebammensystems weitgehende Freiheit gelassen wird, diese darf aber nicht soweit gehen, daß durch ein solches Entgegenkommen der Erfolg in Frage gestellt wird. Die Gemeinden werden jedenfalls große Schwierigkeiten machen in bezug auf die nach § 8 den Bezirkshebammen zuzusichernden Mindestleistungen, namentlich wenn diese noch erhöht werden, was dringend notwendig ist. Bei den jetzigen Verhältnissen, auf deren Aenderung in absehbarer Zeit kaum zu rechnen ist, muß das Mindesteinkommen wenigstens für vollbeschäftigte Hebammen ebenso hoch bemessen werden, wie für die im Hauptamte angestellte Säuglingspflegerinnen, Krankenpflegerinnen usw., für die 1200—1500 M. verlangt und auch anstandslos bewilligt werden. Weiterhin ist es unbedingt erforderlich, daß die Hebammen, auch wenn sie nur durch Vertrag angestellt werden und nicht Gemeindebeamte im Sinne des Gesetzes vom 30. Juli 1894 sind, ein Ruhegehalt nach denselben Grundsätzen wie den Beamten gewährt wird, also mit 20 % nach 10jähriger Dienstzeit und steigend bis 45 % des gewährleisteten Mindesteinkommens. Mit dem im § 8 Abs. 2 Ziff. 2 vorgesehenen Ruhegehalt von 240 Mark muß die Hebamme einfach verhungern; auch in den Erläuterungen wird dieser Betrag als unzureichend anerkannt und nur

als „Zuschuß“ für den Unterhalt bezeichnet, trotzdem aber als ausreichend angesehen, da die Hebamme nach Aufgabe ihres Berufes noch in beschränktem Umfange einem anderen Erwerbe nachzugehen imstande sei oder sich ein höheres Ruhegehalt durch freiwillige Leistungen sichern könne, eine Annahme, die jedoch keineswegs zutreffend ist, ganz abgesehen davon, daß es gerade im öffentlichen Interesse liegt, die älteren Hebbammen rechtzeitig außer Tätigkeit zu setzen, was selbstverständlich nur möglich ist, wenn sie durch ausreichendes Ruhegehalt vor Not geschützt sind. Wird ihr Mindesteinkommen erhöht, dann steigt unserem Vorschlage entsprechend auch ihr Ruhegehalt und zwar, wie dies nicht unbillig ist, von Jahr zu Jahr. Diese Erhöhung des Mindesteinkommens führt außerdem nicht zu einer übermäßigen Belastung der Kreise, falls der Bezirkshebamme die Säuglingsfürsorge als Dienstpflicht und nicht nebenberuflich übertragen wird. Werden z. B. für eine vollbeschäftigte Hebamme jährlich 50 Geburten und ebensoviel zu überwachende Säuglinge angenommen, so würden die Gebühren dafür 50 × 20 + 50 × 10 = 1500 Mark betragen, so daß der Kreis nur die nicht einziehbaren Gebühren für Unbemittelte zu tragen haben würde.

In der Begründung wird mit Recht wiederholt hervorgehoben, daß die größten Uebelstände im Hebammenwesen auf die ungünstige wirtschaftliche Lage der Hebammen zurückzuführen sind; dashalb muß diese auch durch ein ausreichendes Einkommen und Ruhegehalt gebessert werden. Mit halben Maßregeln ist in dieser Hinsicht nichts zu erreichen: der unlautere Wettbewerb unter den Hebammen, die gegenseitige Unterbietung, das Suchen nach Nebenerwerb unter Benachteiligung und Vernachlässigung ihrer Berufspflichten usw. werden sonst weiterhin fortbestehen. Vor allem steht dann auch nicht zu erwarten, daß sich bessere Elemente dem Hebammenberufe zuwenden werden, ein Ziel, das nicht bloß im Interesse des Standes, sondern namentlich im gesundheitlichen Interesse unserer Mütter und Kinder dringend erwünscht ist. Außerdem widerspricht es aller Billigkeit, einerseits die Anforderungen an die Ausbildung und Berufstätigkeit der Hebammen den Bedürfnissen entsprechend so zu erhöhen, daß in dieser Beziehung zwischen ihnen und den Krankenpflegerinnen, Säuglingspflegerinnen usw. kein Unterschied mehr besteht, es anderseits aber abzulehnen, sie diesen nun auch in finanzieller Beziehung gleichzustellen.

Eine Ergänzung bedarf ferner § 8 Abs. 2 Ziffer 1 und zwar dahin, daß den Bezirkshebammen auch eine angemessene Entschädigung für die Zeit gewährt wird, während der sie auf Anordnung des Kreisarztes wegen Auftretens von Wochenbettfieber bei einer ihrer Wöchnerinnen ihre Berufstätigkeit nicht ausüben darf.

Bedenklich ist unseres Erachtens im § 8 Abs. 3 die Bestimmung, wonach der Provinzialrat befugt sein soll, die

Beträge für das Mindesteinkommen und das Ruhegehalt der Hebammen „herabzusetzen". Wenn in einem Gesetz ein Beitrag als „Mindestsatz" bezeichnet ist, so ist es doch unlogisch, wenn zumal einer nachgeordneten Instanz das Recht eingeräumt wird, diesen Betrag wieder herunterzusezen. Hoffentlich hat der preußische Landtag die gleiche Ansicht und streicht demzufolge im § 8 Abs. 3 die Worte „oder herabzusetzen".

Um die für die Bezirkshebammen in § 8 geforderten Mindestleistungen zu sichern, ist erfreulicherweise der Staat bereit, den minderbemittelten Kreisen unter gewissen Bedingungen Beihilfen bis zur Höhe von $^1/_3$, in besonderen Fällen bis zur Höhe von $^1/_2$ ihrer Aufwendungen für Bezirkshebammenzwecke zu gewähren (s. Begründung zu § 8 Abs. 11). Zu diesem Zwecke ist eine Erhöhung der bisher für Förderung des Hebammenwesens in den Haushalt eingestellten Beträge von 150000 M. um 400000 und gleichzeitig eine Milderung der bisher für die Gewährung solcher Beihilfen üblichen Grundsätze vorgesehen. Ob diese Milderung wirklich ausreichend ist, läßt sich nicht beurteilen, da irgend welche Unterlagen dafür der Begründung nicht beigegeben sind, z. B. Angaben über die jetzigen Kreiskommunalsteuerzuschläge, über die Höhe der bisherigen Ausgaben für das Hebammenwesen sowie über die bisher den Kreisen gewährten staatlichen Zuschüsse usw. Jedenfalls liegt es im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege, wenn die Bedingungen für die Gewährung solcher Beihilfen tatsächlich so milde sind, daß die in dem Haushalt dafür eingestellten Beträge auch wirklich zur Verwendung kommen und keine Ersparnisse daraus erzielt werden.

Daß im § 14 die Festlegung der Grundsätze für die Zulassung zum Hebammengewerbe, für die Ausbildung, Fortbildung und Beaufsichtigung der Hebammen usw. dem Minister des Innern überlassen bleibt und nicht im Gesetze selbst erfolgt, entspricht durchaus der bisher geübten Praxis und ermöglicht es außerdem, daß den etwaigen neuen Anforderungen der fortschreitenden Wissenschaft auf dem Gebiete des Hebammenwesens jederzeit möglichst bald Rechnung getragen werden kann. Daß es sich empfiehlt, am Schluß des § 12 nicht bloß die Aufsicht, sondern auch die Mitwirkung der Kreisärzte bei der Durchführung der einzelnen Bestimmungen des Gesetzes gesetzlich festzulegen, ist bereits vorher bei Besprechung der §§ 5 und 6 betont.

Schließlich sei noch kurz bemerkt, daß die im § 15 mit Recht vorgesehenen Aufhebung aller bisherigen das Hebammenwesen betreffenden gesetzlichen und polizeilichen Vorschriften im Widerspruch steht mit den den Gemeinden usw. vorbehaltenen Befugnis zur Annahme usw. von Hebammen, soweit sie auf gesetzlicher Grundlage beruht, was meist der Fall ist. Wird daher unserm Vorschlage gemäß § 12 nicht gestrichen, dann müssen diese gesetzlichen Bestimmungen auch im § 15 als bestehende bleibende Ausnahmen aufgeführt werden.

---

als „Zuschuß“ für den Unterhalt bezeichnet, trotzdem aber als ausreichend angesehen, da die Hebamme nach Aufgabe ihres Berufes noch in beschränktem Umfange einem anderen Erwerbe nachzugehen imstande sei oder sich ein höheres Ruhegehalt durch freiwillige Leistungen sichern könne, eine Annahme, die jedoch keineswegs zutreffend ist, ganz abgesehen davon, daß es gerade im öffentlichen Interesse liegt, die älteren Hebbammen rechtzeitig außer Tätigkeit zu setzen, was selbstverständlich nur möglich ist, wenn sie durch ausreichendes Ruhegehalt vor Not geschützt sind. Wird ihr Mindesteinkommen erhöht, dann steigt unserem Vorschlage entsprechend auch ihr Ruhegehalt und zwar, wie dies nicht unbillig ist, von Jahr zu Jahr. Diese Erhöhung des Mindesteinkommens führt außerdem nicht zu einer übermäßigen Belastung der Kreise, falls der Bezirkshebamme die Säuglingsfürsorge als Dienstpflicht und nicht nebenberuflich übertragen wird. Werden z. B. für eine vollbeschäftigte Hebamme jährlich 50 Geburten und ebensoviel zu überwachende Säuglinge angenommen, so würden die Gebühren dafür $50 \times 20 + 50 \times 10 = 1500$ Mark betragen, so daß der Kreis nur die nicht einziehbaren Gebühren für Unbemittelte zu tragen haben würde.

In der Begründung wird mit Recht wiederholt hervorgehoben, daß die größten Uebelstände im Hebammenwesen auf die ungünstige wirtschaftliche Lage der Hebammen zurückzuführen sind; dashalb muß diese auch durch ein ausreichendes Einkommen und Ruhegehalt gebessert werden. Mit halben Maßregeln ist in dieser Hinsicht nichts zu erreichen; der unlautere Wettbewerb unter den Hebammen, die gegenseitige Unterbietung, das Suchen nach Nebenerwerb unter Benachteiligung und Vernachlässigung ihrer Berufspflichten usw. werden sonst weiterhin fortbestehen. Vor allem steht dann auch nicht zu erwarten, daß sich bessere Elemente dem Hebammenberufe zuwenden werden, ein Ziel, das nicht bloß im Interesse des Standes, sondern namentlich im gesundheitlichen Interesse unserer Mütter und Kinder dringend erwünscht ist. Außerdem widerspricht es aller Billigkeit, einerseits die Anforderungen an die Ausbildung und Berufstätigkeit der Hebammen den Bedürfnissen entsprechend so zu erhöhen, daß in dieser Beziehung zwischen ihnen und den Krankenpflegerinnen, Säuglingspflegerinnen usw. kein Unterschied mehr besteht, es anderseits aber abzulehnen, sie diesen nun auch in finanzieller Beziehung gleichzustellen.

Eine Ergänzung bedarf ferner § 8 Abs. 2 Ziffer 1 und zwar dahin, daß den Bezirkshebammen auch eine angemessene Entschädigung für die Zeit gewährt wird, während der sie auf Anordnung des Kreisarztes wegen Auftretens von Wochenbettfieber bei einer ihrer Wöchnerinnen ihre Berufstätigkeit nicht ausüben darf.

Bedenklich ist unseres Erachtens im § 8 Abs. 3 die Bestimmung, wonach der Provinzialrat befugt sein soll, die

Beträge für das Mindesteinkommen und das Ruhegehalt der Hebammen „herabzusetzen". Wenn in einem Gesetz ein Beitrag als „Mindestsatz" bezeichnet ist, so ist es doch unlogisch, wenn zumal einer nachgeordneten Instanz das Recht eingeräumt wird, diesen Betrag wieder herunterzusezen. Hoffentlich hat der preußische Landtag die gleiche Ansicht und streicht demzufolge im § 8 Abs. 3 die Worte „oder herabzusetzen".

Um die für die Bezirkshebammen in § 8 geforderten Mindestleistungen zu sichern, ist erfreulicherweise der Staat bereit, den minderbemittelten Kreisen unter gewissen Bedingungen Beihilfen bis zur Höhe von $^1/_3$, in besonderen Fällen bis zur Höhe von $^1/_2$ ihrer Aufwendungen für Bezirkshebammenzwecke zu gewähren (s. Begründung zu § 8 Abs. 11). Zu diesem Zwecke ist eine Erhöhung der bisher für Förderung des Hebammenwesens in den Haushalt eingestellten Beträge von 150000 M. um 400000 und gleichzeitig eine Milderung der bisher für die Gewährung solcher Beihilfen üblichen Grundsätze vorgesehen. Ob diese Milderung wirklich ausreichend ist, läßt sich nicht beurteilen, da irgend welche Unterlagen dafür der Begründung nicht beigegeben sind, z. B. Angaben über die jetzigen Kreiskommunalsteuerzuschläge, über die Höhe der bisherigen Ausgaben für das Hebammenwesen sowie über die bisher den Kreisen gewährten staatlichen Zuschüsse usw. Jedenfalls liegt es im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege, wenn die Bedingungen für die Gewährung solcher Beihilfen tatsächlich so milde sind, daß die in dem Haushalt dafür eingestellten Beträge auch wirklich zur Verwendung kommen und keine Ersparnisse daraus erzielt werden.

Daß im § 14 die Festlegung der Grundsätze für die Zulassung zum Hebammengewerbe, für die Ausbildung, Fortbildung und Beaufsichtigung der Hebammen usw. dem Minister des Innern überlassen bleibt und nicht im Gesetze selbst erfolgt, entspricht durchaus der bisher geübten Praxis und ermöglicht es außerdem, daß den etwaigen neuen Anforderungen der fortschreitenden Wissenschaft auf dem Gebiete des Hebammenwesens jederzeit möglichst bald Rechnung getragen werden kann. Daß es sich empfiehlt, am Schluß des § 12 nicht bloß die Aufsicht, sondern auch die Mitwirkung der Kreisärzte bei der Durchführung der einzelnen Bestimmungen des Gesetzes gesetzlich festzulegen, ist bereits vorher bei Besprechung der §§ 5 und 6 betont.

Schließlich sei noch kurz bemerkt, daß die im § 15 mit Recht vorgesehenen Aufhebung aller bisherigen das Hebammenwesen betreffenden gesetzlichen und polizeilichen Vorschriften im Widerspruch steht mit den den Gemeinden usw. vorbehaltenen Befugnis zur Annahme usw. von Hebammen, soweit sie auf gesetzlicher Grundlage beruht, was meist der Fall ist. Wird daher unserm Vorschlage gemäß § 12 nicht gestrichen, dann müssen diese gesetzlichen Bestimmungen auch im § 15 als bestehende bleibende Ausnahmen aufgeführt werden.

Tagesnachrichten.

Der Bundesrat hat eine **Aenderung der ärztlichen Prüfungsordnung** beschlossen, wonach vom 1. Oktober 1918 ab eine Prüfung in der Kinderheilkunde und in Haut- und Geschlechtskrankheiten durch Fachvertreter beim ärztlichen Staatsexamen eingeführt wird. Diese Abänderung entspricht nicht nur einem Wunsche der Aerzteschaft, sondern trägt auch einem Bedürfnisse Rechnung. Jedenfalls müssen die schweren Verluste an Menschenleben durch Erhaltung der Säuglinge wieder aufgewogen und die durch den Krieg begünstigte Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten mit allen Mitteln bekämpft werden; beides Umstände, die es rechtfertigen, daß die Studenten in diesen von ihnen oft auf der Universität etwas vernachlässigten Fächern vor Fachvertretern ihre Kenntnisse im Staatsexamen erweisen müssen.

In der **zweiten Kammer des sächsischen Landtags** hat am 7. ds. M. bei Beratung des Haushalts für das Landesgesundheitsamt ebenfalls eine **Salvarsandebatte** stattgefunden. Auf eine an die Regierung gerichtete Anfrage über die Gefährlichkeit der Salvarsanbehandlung hat diese ein Gutachten des Landesgesundheitsamts mitgeteilt, wonach dieses auf Grund neuer in einem Dresdner Lazarett gemachten Erfahrungen sich nicht in der Lage sieht „sich zugunsten eines Verbots der Salvarsanbehandlung oder eines vorgeschlagenen Meldezwanges für Schädlichkeiten im Gefolge jener Behandlungsweise auszusprechen. So wichtig die Anzeigepflicht für die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten ist, im Falle einer Schädigung durch Salvarsan würde sie erfolglos bleiben; ein Verbot der Salvarsanbehandlung aber müßte in Anbetracht des voll anerkannten Nutzens, den sie bisher erbracht hat, bedauert werden." Der Regierungskommissar, Ministerialdirektor Geh. Rat Heink, erklärte bei der Beratung, es sei ganz gewiß nicht richtig gewesen, wenn man in der Salvarsanbehandlung das Allheilmittel gefunden zu haben glaubte, mit dem man die Seuche los werden könnte. Ebensowenig wäre es aber richtig, wenn man die Salvarsanbehandlung so abfällig beurteilen wollte, wie es bisweilen geschehen sei. Auch der sozialdemokratische Abg. Fräßdorf trat auf Grund der seitens der Krankenkassen gemachten Erfahrungen für das Mittel ein, befürchtete aber, daß an seiner Herstellung Millionen verdient würden und deshalb die kapitalistische Gesellschaft dabei ausgeschaltet werden müsse. Mit Medikamenten dürfe kein Wucher getrieben werden. Deshalb sei seine Partei für eine Verstaatlichung der Apotheken.

Die **staatliche Nahrungsmitteluntersuchungsanstalt in Berlin**, die bisher der Abteilung II des Polizeipräsidiums unterstellt war, ist von dieser Behörde losgelöst und dem Staatskommissar für Volksernährung in Gemeinschaft mit dem Minister des Innern unterstellt worden. Die Leitung der Anstalt behält der Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Juckenack; auch die Diensträume verbleiben bis auf weiteres im Polizeipräsidium am Alexanderplatz.

Die **diesjährige Ausschußsitzung des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose** findet am 16. Juni d. J. vormittags 10 Uhr und die Generalversammlung am gleichen Tage nachmittags 4 Uhr im Reichstagsgebäude statt. Auf der Tagesordnung der Ausschußsitzung stehen Vorträge über chirurgische und Kehlkopftuberkulose; in der Generalversammlung gelangt die Frage der Tuberkulosenfürsorge mit den anderen Zweigen der Gesundheitspflege zur Verhandlung.

Lehrgang in der Tuberkulosefürsorge in Berlin. Die Kommission für den Ausbau des Auskunfts- und Fürsorgestellenwesens veranstaltet vom 1. bis 29. Juni einen zweiten, diesmal vierwöchigen Lehrgang für etwa 30—40 Teilnehmerinnen zur Ausbildung in der Tuberkulosefürsorge. Zur Teilnahme werden zugelassen staatlich geprüfte Krankenpflegerinnen — auch Hilfsschwestern vom Roten Kreuz —, Säuglings-, Wohnungs- und Fabrikpflegerinnen, Mitglieder der Vaterländischen Frauen-Vereine vom Roten Kreuz und andere Damen, die ihrer Vorbildung nach zur Betätigung in der sozialen Fürsorge geeignet sind.

Der Unterricht findet im Gebäude der Landesversicherungsanstalt Berlin, Am Köllnischen Park 3 statt; für Unterkunft und Verpflegung haben die Teilnehmerinnen selbst zu sorgen.

Anmeldungen sind bis zum 22. Mai an die Geschäftsstelle des Tuberkulose-Zentral-Komitees, Berlin, Linkstraße 29 zu richten; mit der Zulassung wird von dort der Arbeitsplan versandt werden.

Vom 6.—15. Juni findet in Berlin ein dauernder **Fortbildungskursus für Mitarbeiter im Krippenwesen und Krippenpflegerinnen** statt. In diesem soll den Teilnehmern Gelegenheit gegeben werden, sich mit den Fortschritten auf dem Gebiete des Krippenwesens bekannt zu machen, besonders mit den neueren Anschauungen über Pflege und Ernährung des Säuglings und Kleinkindes, über Einrichtung und Betrieb einer Krippe, ferner über die Verhütung und Bekämpfung der Krankheiten, von denen besonders Krippenkinder heimgesucht werden. Karten zum Fortbildungskursus sind zum Preise von 10 M. in der Geschäftsstelle des Deutschen Krippenverbandes, Charlottenburg 5, Mollwitz-Privatstr. erhältlich.

Ehrentafel. Es hat weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. R. und Korpshygieniker Dr. Dosé, Stadtassistenzarzt in Altona.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:
Stabsarzt Dr. Joh. Flemming-Berlin, Schwiegersohn des Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rats und Min.-Direktor Prof. Dr. Kirchner in Berlin.

Von dem Königl. Landrat des Kreises Sonderburg ist dem Herausgeber unter Bezugnahme auf die in Nr. 5 der Zeitschrift gebrachten Mitteilung über die **Ausschreibung der Stelle des Leiters des dortigen Kreiswohlfahrtsamtes** folgende Berichtigung mit der Bitte um Aufnahme zugegangen:

„Sonderburg, den 6. Mai 1918.

In Nr. 5 des 31. Jahrgangs der Zeitschrift für Medizinalbeamte ist auf Seite 112 meine Ausschreibung der Stelle des Leiters des hier vor kurzem eingerichteten Kreiswohlfahrtsamt in so wenig zutreffender Weise glossiert, daß ich mich gezwungen sehe, dem entgegenzutreten mit der ergebenen Bitte, für die Aufnahme meiner entsprechenden Berichtigung Sorge zu tragen.

Nach unseren Erfahrungen ist es nicht zweckmäßig, Aerzten oder Fürsorgeschwestern die Leitung von Fürsorgeorganisationen zu übertragen, da sie meist infolge der damit unvermeidlichen Büroarbeiten zu sehr von ihrer eigentlichen Aufgabe, den Fürsorgebedürftigen ihre ganze wissenschaftliche und technische Kraft zu weihen, abgezogen werden.

Wir haben daher die Einrichtung getroffen, daß die Verwaltungstätigkeit in die Hand einer mit Organisationstalent begabten Persönlichkeit gelegt ist, welche nach den Direktiven eines unter dem Vorsitz des Landrats stehenden Beirats die gesamte Wohlfahrtspflege im Kreise zu leiten hat.

Ihm zur Seite stehen ein Fürsorgearzt und — zunächst — eine Kreisfürsorgerin, die die Arbeit am Menschen selbst zu verrichten haben, ohne mit öden Schreibereien, Statistiken usw. mehr, wie unvermeidlos, belastet zu sein.

Unter diesen Umständen wird es verständlich sein, daß wir an den Leiter des Wohlfahrtsamts wesentlich andere Anforderungen zu stellen haben, als wie sie dem Glossisten vorzuschweben scheinen.

Was endlich den Hinweis auf den Kreisarzt anlangt, so bemerke ich ergebenst, daß wir seit Kriegsausbruch ohne einen solchen sind, mit der Einrichtung unseres Wohlfahrtsamt aber nicht bis zu dem vielleicht noch recht fernen Friedensschluß und die dann eventuell zu erwartende Rückkehr unseres Kreisarztes warten wollten, ganz abgesehen davon, daß letzterer vor seiner Einberufung erst ganz kurze Zeit hier ansässig gewesen ist und daher nicht Gelegenheit gehabt hat, so nahe Fühlung mit Land und Leuten zu gewinnen, daß er für den Posten besonders geeignet erschiene, zumal er die dänische Sprache nicht beherrscht, ohne deren Kenntniss auf nennenswerte Erfolge bei

der zu 87 % dänischgesinnten Landbevölkerung (Sonderburg liegt nämlich nicht in Schlesien, sondern in Schleswig) nicht zu rechnen ist.

Nach alledem wird es der Schriftleitung einleuchten, daß wir bei der Organisation und Besetzung unseres Wohlfahrtsamts von sehr gründlichen Erwägungen ausgegangen und nicht so voreilig in unseren Entschließungen gewesen sind, wie der Glossist mit seiner unzutreffenden Kritik.

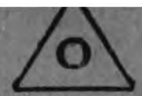
Mit vorzüglicher Hochachtung
ergebenst
Schönborn, Königl. Landrat."

Obwohl die Schriftleitung rechtlich nicht verpflichtet ist, eine derartige Berichtigung aufzunehmen, hat sie es doch um so lieber getan, als gerade der Inhalt dieser Berichtigung zeigt, daß in bezug auf die Aufgaben des Leiters eines Kreiswohlfahrtsamtes und demzufolge auch über die für einen solchen Leiter erforderlichen Eigenschaften leider noch recht verschiedene Ansichten bestehen. Unseres Erachtens muß man von dem „Leiter" eines solchen Amtes verlangen, daß er nach seiner ganzen Vorbildung und bisherigen Tätigkeit den ihm gestellten Aufgaben, die fast ausschließlich auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege liegen, vollständig gewachsen und vor allem befähigt ist, nicht nur den in Betracht kommenden Behörden mit seinem sachverständigen Rate zur Seite zu stehen, sondern auch das ihm unterstellte Hilfspersonal mit den erforderlichen Anweisungen zu versehen und seine Tätigkeit zu überwachen. Er muß auf Grund seiner Sachkenntnis die Seele eines solchen Amtes sein und es gleichsam mit seinem Geiste durchdringen. Wir halten deshalb nach wie vor den Kreisarzt als den geeignetsten Leiter für ein derartiges Amt, bei dem selbstverständlich die Büroarbeiten nicht von ihm, sondern von einem dafür besonders angestellten Unterbeamten zu erledigen sind. Der Königl. Landrat in Sonderburg sieht dagegen nach seiner Berichtigung die Hauptaufgabe des betreffenden Leiters in seiner „Bürotätigkeit" und hält gerade aus diesem Grunde einen Arzt nicht für geeignet für diese Stellung. Das ist ein himmelweiter Unterschied und eine ganz andere Auffassung über die Aufgaben eines solchen Leiters, die sich übrigens weder aus der Fassung der Ausschreibung erkennen ließ, noch von der Schriftleitung vermutet werden konnte, sonst hätte diese die Ausschreibung sicherlich noch in ganz anderer Weise „glossiert". Gerade die vorliegende Berichtigung beweist, daß der Herr Landrat in Sonderburg bei seinen sehr gründlichen Erwägungen über die Organisation und Besserung des neu einzurichtenden Kreiswohlfahrtamtes recht schlecht beraten gewesen und ihm dabei vor allem der sachverständige Beirat auf gesundheitlichem Gebiete gefehlt oder nicht genügend von ihm berücksichtigt ist. Sie zeigt aber auch, daß unsere Kritik nicht unzutreffend, sondern im Gegenteil wohl berechtigt gewesen ist. Wir können daher nur wünschen daß der vor kurzem von dem Ausschuß für Bevölkerungspolitik des preußischen Abgeordnetenhauses einstimmig gefaßte Beschluß betreffs Errichtung von Kreisgesundheitsämtern unter Leitung des Kreisarztes recht bald zur Ausführung gelangt, damit solche Einrichtungen wie im Kreise Sonderburg künftighin nicht mehr geschaffen werden können.

Daß übrigens der Kreis Sonderburg in Schleswig und nicht in Schlesien liegt, war uns bekannt; der Irrtum beruht selbstverständlich auf einen Druckfehler. Nicht bekannt war uns dagegen, daß von dem Leiter des Kreiswohlfahrtsamtes auch die dänische Sprache und längeres Vertrautsein mit den dortigen Verhältnissen verlangt wurde; denn davon steht in der Ausschreibung nichts geschrieben. Jedenfalls würde aber diese Forderung ein auch nur kurze Zeit im Kreise ansässiger Kreisarzt eher erfüllen, als ein von auswärts berufener Offizier. Hoffentlich irrt sich der Herr Landrat in bezug auf den „noch recht fernen Friedensschluß"; dann wird der dortige Kreis auch seinen Kreisarzt früher als erwartet ist, zurückerhalten und unter seinem sachverständigen Beirat vielleicht noch Gelegenheit haben, das dortige Wohlfahrtsamt den Ansprüchen der öffentlichen Gesundheitspflege namentlich in Bezug auf seine Leitung umzugestalten. Red.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

31. Jahrgang; Nr. 11.  Ausgegeben am 5. Juni 19

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 11 am Schlusse des He

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Obermedizinalrat: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rubner in Berlin; — der Charakter als Medizinalrat: dem pharmazeutischen Assessor im Medizinalkollegium Apotheker Sander in Königsberg i. Pr.; — der Charakter als Geh. Sanitätsrat: den San.-Räten Dr. Dluhosch, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Obrawalde, Dr. Schneider, Direktor der Provinzial-Heil -und Pflegeanstalt in Osnabrück und Dr. Suell, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Lüneburg; — der Charakter als Sanitätsrat: Dr. Heinze, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Schwetz, sowie den Oberärzten an den Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten Dr. Bauer in Neuhof bei Ueckermünde, Dr. Christoph in Kosten, Dr. Deutsch in Treptow a. R., Dr. Engelken in Pfaffenroda, Dr. Heinrichs in Schleswig, Dr. Ketz in Schwetz, Dr. Lückerath in Bonn, Dr. Neugebauer in Conradstein,

(Fortsetzung der Personalien auf Seite 4 des Umschlags.)

Gestorben: San.-Rat Dr. Lüsebrinnk, Direktor der Provinzial-Hebammenlehranstalt in Bochum.

Königreich Bayern.

Gestorben: Bezirksarzt a. D. Med.-Rat Dr. H. Hirsch in München.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines Obermedizinalrats: dem Prof. Dr. Rostoski-Dresden, ordentl. Mitglied des Landesgesundheitsamts; — der Titel und Rang eines Medizinalrats: den Bezirksärzten Dr. Boeters in Marienberg und Dr. Klotz in Zwickau, sowie den ordentl. Mitgliedern des Landesgesundheitsamts Apotheker Schnabe in Kötzschenbroda und Apothekenrevisor Prof. Dr. Bach in Dresden.

Ernannt: Geh. Med.-Rat Dr. Hösel, vortragender Rat im Ministerium des Innern in Dresden, zum ordentlichen Mitgliede der I. Abteilung des Landesgesundheitsamts.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Goetze, Anstaltsoberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Untergölztsch.

(Schluß auf der vorletzten Seite.)



31. Jahrg. Zeitschrift **1918.**

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

en, Sächsischen,
hen, Thüringischen,
lbeamtenvereins.

H. Kornfeld,
ller.

estellen des In-

s. | 5. Juni.

ikunde der

n Erschiessen.

nentsarzt eines

urzen Heimats-
dient vielleicht
i beobachteten
Jedenfalls habe
enz von Todes-
Es tauchte die
chtgasvergiftung
oder aber einer mit Verletzung von Darm und Blase einhergehenden Schußverletzung war.

Der Fall war folgender:

Ein 38jähriger Schlosser wurde am 12. Januar 1918 morgens $^1/_2$9 von seiner Wirtin in seinem Zimmer tot aufgefunden. Dem Zimmer entströmte ein starker Gasgeruch, der Gashahn war geöffnet. Man nahm an, daß der Mann an den Folgen einer Leuchtgasvergiftnng gestorben war. Ob es sich um einen Unglücksfall oder um einen Selbstmord handelte, war nicht ohne weiteres klar. Der zunächst hinzugezogene Arzt der Rettungswache stellte nur noch den

31. Jahrg. Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE. 1918.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

…n, Sächsischen,
…nen, Thüringischen,
…beamtenvereins.

…H. Kornfeld,
…ler.

…estellen des In-

… 5. Juni.

…ikunde der

… Erschiessen.
…entsarzt eines

…urzen Heimats-
…dient vielleicht
…i beobachteten
Jedenfalls habe
…enz von Todes-
Es tauchte die
…htgasvergiftung
oder aber einer mit Verletzung von Darm und Blase einhergehenden Schußverletzung war.

Der Fall war folgender:

Ein 38jähriger Schlosser wurde am 12. Januar 1918 morgens $^1/_2$9 von seiner Wirtin in seinem Zimmer tot aufgefunden. Dem Zimmer entströmte ein starker Gasgeruch, der Gashahn war geöffnet. Man nahm an, daß der Mann an den Folgen einer Leuchtgasvergiftnng gestorben war. Ob es sich um einen Unglücksfall oder um einen Selbstmord handelte, war nicht ohne weiteres klar. Der zunächst hinzugezogene Arzt der Rettungswache stellte nur noch den

31. Jahrg. 1918.

Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

…n, Sächsischen,
…hen, Thüringischen,
…beamtenvereins.

…H. Kornfeld,
…ler.

…stellen des In-

… 5. Juni.

…kunde der

…Erschiessen.

…entsarzt eines

…urzen Heimats-
…dient vielleicht
…i beobachteten
…edenfalls habe
…nz von Todes-
…Es tauchte die
Frage auf, ob der Tod die Folge einer Leuchtgasvergiftung oder aber einer mit Verletzung von Darm und Blase einhergehenden Schußverletzung war.

Der Fall war folgender:

Ein 38jähriger Schlosser wurde am 12. Januar 1918 morgens $^1/_2$9 von seiner Wirtin in seinem Zimmer tot aufgefunden. Dem Zimmer entströmte ein starker Gasgeruch, der Gashahn war geöffnet. Man nahm an, daß der Mann an den Folgen einer Leuchtgasvergiftung gestorben war. Ob es sich um einen Unglücksfall oder um einen Selbstmord handelte, war nicht ohne weiteres klar. Der zunächst hinzugezogene Arzt der Rettungswache stellte nur noch den

31. Jahrg. **Zeitschrift** 1918.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 11.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Juni.

(Aus der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde der Universität Berlin).

Tod durch Leuchtgasvergiftung oder durch Erschiessen.

Von Dr. **Georg Straßmann**, Oberarzt d. R. und Regimentsarzt eines Reserve-Infanterie-Regiments.

Folgender Fall, den ich während eines kurzen Heimatsurlaubs zu untersuchen Gelegenheit hatte, verdient vielleicht wegen der Seltenheit und Eigenart der dabei beobachteten äußeren Umstände veröffentlicht zu werden. Jedenfalls habe ich bei Durchsicht der Literatur über Konkurrenz von Todesursachen keinen ähnlichen Fall finden können. Es tauchte die Frage auf, ob der Tod die Folge einer Leuchtgasvergiftung oder aber einer mit Verletzung von Darm und Blase einhergehenden Schußverletzung war.

Der Fall war folgender:

Ein 38jähriger Schlosser wurde am 12. Januar 1918 morgens ½9 von seiner Wirtin in seinem Zimmer tot aufgefunden. Dem Zimmer entströmte ein starker Gasgeruch, der Gashahn war geöffnet. Man nahm an, daß der Mann an den Folgen einer Leuchtgasvergiftung gestorben war. Ob es sich um einen Unglücksfall oder um einen Selbstmord handelte, war nicht ohne weiteres klar. Der zunächst hinzugezogene Arzt der Rettungswache stellte nur noch den

bereits eingetretenen Tod fest und fand bei Besichtigung der Leiche eine geringfügige Hautverletzung in der rechten Bauchseite, die jedoch nach seiner Ansicht als Todesursache nicht in Betracht kam. Da anscheinend keine kriminelle Handlung vorlag, wurde von einer gerichtlichen Sektion Abstand genommen. Die Leiche ist später der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde überwiesen worden und hier wurde 10 Tage nach dem erfolgten Tode am 22. Januar die Sektion vorgenommen. Es fiel bei der Besichtigung zunächst die hellrote Farbe der Totenflecke auf, die in der Tat bereits an eine Leuchtgas- (Kohlenoxyd-) Vergiftung denken ließ. Außerdem war jedoch in der rechten Bauchseite eine etwa 2 cm lange und 1 cm breite dunkelblau gefärbte Stelle der Haut zu sehen, die 10 cm nach auswärts und in gleicher Höhe wie der Nabel und 2 cm abwärts vom rechten Rippenbogen lag. Es handelte sich, soweit die Besichtigung erkennen ließ, um einen Blutschorf. Bei Eröffnung der Kopf-, Brust- und Bauchhöhle zeigten sich sämtliche Organe hellrot gefärbt, von dem Blute aus den Hirnleitern und aus dem Herzblut wurden größere Mengen aufgefangen und auf Kohlenoxyd untersucht. Es waren sowohl die spektroskopische Untersuchung wie die chemischen Proben zum Nachweis des Kohlenoxyd mit Tannin, Natronlauge, Essigsäure und Schwefelamonium stark positiv. Dasselbe Ergebnis lieferte die 1917 aus der Züricher medizinischen Klinik von Liebmann angegebene Formalinprobe, die in der Unterrichtsanstalt in folgender Weise ausgeführt wird.

Die käufliche 40%ige Formalinlösung wird zur Hälfte mit Wasser verdünnt. Zu 1 cbcm Kohlenoxyd-Blut fügt man in einem Reagensrohr 5 cbcm 20%ige Formalinlösung, desgleichen zu 1 cbcm normalen Kontrollblutes dieselbe Menge Formalin. Nach Umschütteln zeigt sich nach kurzer Zeit deutlicher Farbenunterschied. Das Kohlenoxyd-Blut behält seinen kirschroten Farbenton, während das Kontrollblut sich nach kurzer Zeit braun färbt. Die Probe ist leicht anzustellen und der Unterschied bleibt längere Zeit, zum mindestens mehrere Tage, deutlich bestehen. Die Liebmannsche Formalinprobe hat sich bei den zahlreichen Kohlenoxydvergiftungen (Leuchtgasvergiftungen), die gerade im Beginn des Jahres 1918 in Berlin beobachtet wurden, als recht brauchbar erwiesen. Eine Häufung dieser Vergiftungen scheint übrigens nach persönlichen Mitteilungen, die ich aus Dresden erhielt, auch an anderen Orten vorgekommen zu sein.

Die deutlich positiven Kohlenoxydproben bewiesen, daß genügend Kohlenoxyd eingeatmet worden war, um den Tod des Mannes zu erklären. Nun fand sich aber bei Eröffnung der Bauchhöhle noch ein anderer eigenartiger Befund, der gleichfalls zum Tode hätte führen können: Es fanden sich nämlich in der rechten Bauchseite und im Douglasschen Raume etwa 200 ccbm größtenteils flüssiges dunkelrotes Blut. In der Gegend des Blinddarms sah man mehrere blaurot verfärbte Stellen des Blinddarms und Dünndarms. In diesen verfärbten Stellen sah man etwas bräunlich feste Massen, die durch Löcher der Darmwand ausgetreten waren. Es lag daher anscheinend eine Anzahl von Darmverletzungen vor. Daraufhin wurde die verschorfte Stelle der Bauchhaut genauer betrachtet. Es ließen sich jedoch mikroskopisch dort an herausgenommenen Stücken weder verbrannte Haare noch Pulvereinsprengungen nachweisen. An dem inneren Teil der Bauchwand fand sich etwas abwärts und medial von der verschorften Stelle der äußeren Bauchwand ein Loch von etwa 6 mm Durchmesser. Das Bauchfell selbst zeigte nirgends, auch nicht an den verletzten Stellen, Rauhigkeiten oder Auflagerungen, sondern war überall am ganzen Darm glatt und glänzend. Bei Herausnahme der Därme fand man eine größere Anzahl von Löchern und zwar lagen im Blinddarm etwa 5 cm unterhalb der Einmündungsstelle des Dünndarms in den Blinddarm 3 kreisrunde etwa 1 cm Durchmesser zeigende Löcher dicht nebeneinander, die nur durch eine 1 cm lange Brücke der Darmwand getrennt waren. Von diesen Löchern gingen mehrfach Risse in die benachbarte Darmschleimhaut aus, auch waren in der Umgebung der Risse die Darmschleimhaut wie die äußere Wand des Darms blutig verfärbt. Etwa 3 cm oberhalb der eben beschriebenen Löcher fand sich im Blinddarm noch ein einzelnes Loch, das möglicherweise als die Eintrittstelle des Geschosses in den Blinddarm angesehen werden konnte. Die

Außenfläche dieser Darmverletzungen war mit etwas dickbreiigem Kot bedeckt. Auch der Dünndarm zeigte in der Nähe seiner Einmündungsstelle in den Blinddarm mehrere Verletzungen. Es fand sich ein Loch 3 cm nach aufwärts von der Einmündungsstelle, ein zweites Loch 7 cm aufwärts entfernt. Auch hier war die Darmwand in der Umgebung blaurot verfärbt. Zwei dicht neben einander liegende Löcher lagen etwa 23 cm aufwärts der Bauhinschen Klappe nebeneinander. Das Gekröse des Dünndarms war an einer Stelle, die 30 cm und an einer zweiten Stelle, die 50 cm aufwärts der Klappe lag, lochartig durchbohrt, ohne daß eine Darmverletzung vorlag. An dieser Stelle war die Umgebung des Gekröses ausgedehnt blutig verfärbt. Das Blut, das sich in der Bauchhöhle fand, stammte anscheinend aus dieser Verletzung des Gekröses. Daß es sich bei diesen mehrfachen Verletzungen des Darmes um ganz frische Schußverletzungen handelte, war anzunehmen. Außer den Darmverletzungen war eine Schußöffnung in der hinteren Blasenwand etwas unterhalb des Blasenscheitels vorhanden, die in das Innere der Harnblase führte und hier etwa 5 cm oberhalb der Einmündungsstelle des rechten Harnleiters in die Blase sich befand. Die Harnblase enthielt etwa 10 ccbm blutig gefärbten Urin. Eine Geschoß-Austrittsstelle lag 3 cm abwärts von der Eintrittsstelle, dicht oberhalb der Harnleitermündung. Von der Blase aus hatte das Geschoß den Mastdarm 5 cm oberhalb der Afteröffnung getroffen und war dann 1 cm oberhalb des Afters aus ihm ausgetreten. Trotz mehrfachen Suchens im Becken war es nicht möglich, das Geschoß zu entdecken; erst durch eine Röntgenaufnahme, die Herr Dr. Bucky an der auf dem Rücken liegenden Leiche vornahm, gelang es, das Projektil zu finden. Nach dem Röntgenbilde mußte es in der linken Gesäßmuskulatur, nicht allzuweit von dem Sitzbeinstachel entfernt liegen. Die Spitze des Geschosses war nach abwärts gerichtet und lag etwa in der Höhe des Sitzbeinstachels. Durch Einschnitt in die Gesäßmuskulatur gelang es, das Projektil herauszuschneiden. Es lag etwa 3 cm vom Sitzbeinstachel und 5 cm von der Mitte des Steißbeins entfernt. Das Geschoß war 11 mm lang und hatte ein Kaliber von 7,5 mm. Die Spitze war vorn seitlich etwas deformiert, im übrigen war es gut erhalten.

Die inzwischen angestellten polizeilichen Nachforschungen hatten folgendes Ergebnis geliefert:

Der Verstorbene war mit mehreren Gefährten, als er gestohlene Mehlsäcke fortschaffen wollte, von Polizisten überrascht worden. Da die Angetroffenen sich der Feststellung widersetzten, gaben die Polizisten mehrere Schüsse aus Dienstrevolvern ab. Jedoch war es den Leuten möglich zu entkommen. Ob einer getroffen worden war, war also zunächst nicht bekannt. Dieses Ereignis hatte sich am 12. Januar 5 Uhr vormittags abgespielt. An dem Tatort war ein Hut und Mantel zurückgeblieben. Dieser konnte später als dem Schlosser gehörig wieder erkannt werden. Nach der Annahme der Polizei war es den Gefährten gelungen, den Schlosser trotz der Schwere seiner Verletzungen in seine Wohnung unbemerkt fortzuschaffen. Vielleicht hatte er sich auch selbst dorthin schleppen können, obwohl die Entfernung vom Tatort und Wohnung mehrere Kilometer beträgt. Um 1/29 vormittags war er in seiner Wohnung tot aufgefunden worden. Da zwischen der Schußverletzung und dem Zurückschaffen in die Wohnung mindestens eine Stunde vergangen sein muß, kann man mit einer Ankunft in der Wohnung vielleicht um 1/27 vormittags rechnen, so daß die Einwirkung des Leuchtgases höchstens 2 Stunden gedauert haben mag. Ob der Verletzte selbst den Gashahn in seiner Wohnung aufgedreht hat, um Selbstmord zu begehen und sich der Bestrafung zu entziehen, ist fraglich. Ausgeschlossen ist es wohl nicht, daß er trotz seiner Verwundung dazu noch die Kraft und Entschlußfähigkeit gefunden hat. Es besteht aber auch die Möglichkeit, daß die Gefährten des Mannes den Hahn aufgedreht haben, um eine einfache Leuchtgasvergiftung bei ihrem verletzten und ihrer Meinung nach vielleicht doch dem Tode verfallenen Mitschuldigen vorzutäuschen. Sie konnten hoffen, daß auf diese Weise die Beteiligung des Betreffenden an der Straftat unentdeckt bleiben und damit auch ihre eigene Ermittelung wesentlich erschwert werden würde. Der Zusammenhang wäre auch vielleicht nicht entdeckt worden, zumal der zuerst hinzugezogene Arzt die

Verletzung am Bauch für ganz geringfügig erachtet hat, wenn nicht die Schußverletzung nachträglich festgestellt worden wäre.

Es erhebt sich nun die Frage, ist der Mann an den Folgen der Leuchtgasvergiftung oder aber an den Folgen der Schußverletzung gestorben? Gewiß hätten die mehrfachen Zerreißungen des Darms und der Blase zum Tode geführt oder jedenfalls, wenn keine ärztliche Behandlung erfolgte, zum Tode führen müssen; es waren aber zunächst noch keinerlei Anzeichen von schwerer Bauchfellverletzung oder von Verblutung in die Bauchhöhle zu erkennen, wie sie in Fällen von Bauchschüssen den Tod zu verursachen pflegen. Im Gegenteil, das Bauchfell war auch in der Umgebung der verletzten Stelle glatt und glänzend und zeigte noch keinerlei pathologische Veränderungen, ein Beweis dafür, daß die Schußverletzung dem Tode kurze Zeit voraufgegangen war. Anderseits wies der starke positive Ausfall der Kohlenoxydproben darauf hin, daß die Einatmung der tödlichen Kohlenoxydmenge im Leben erfolgt war. Mit einem Eindringen von großen Mengen Kohlenoxyd ins Blut nach dem Tode ist bekanntlich nicht zu rechnen. Wieviel Leuchtgas allerdings in diesem Fall ausgeströmt und wieviel der Betreffende eingeatmet hat, war nicht mehr möglich festzustellen, doch reichte die aufgenommene Menge dem Leichenbefunde nach gewiß aus, um den Tod herbeizuführen. Sicherlich muß man auch damit rechnen, daß eine Kohlenoxydeinatmung, die einen schon derartig durch schwere Verletzungen geschwächten Körper trifft, früher zum Tode führt, als wenn sie bei einem gesunden Menschen erfolgen würde.

Ich glaube daher, daß man in diesem Falle zu der Annahme kommen muß, daß der Mann unmittelbar an den Folgen der Leuchtgasvergiftung gestorben ist, wobei allerdings die Schußverletzungen des Darmes beschleunigend auf den tödlichen Eintritt der Vergiftung gewirkt haben mögen. Daß die Darmverletzungen allein in dieser kurzen Zeit, die zwischen der Verletzung und dem Tode verstrichen ist, den Tod herbeigeführt hat, glaube ich nicht, da Bauchfellveränderungen fehlten und größere Gefäße der Bauchhöhle nicht verletzt waren. Es blieb nur die Möglichkeit, daß die schwere Verletzung im Chock zum Tode geführt hätte, wie es ja bei Bauchverletzungen öfter der Fall zu sein pflegt. Da aber es als feststehend anzunehmen ist, daß eine größere Menge Leuchtgas (Kohlenoxyd) im Leben von dem Betreffenden eingeatmet worden ist, wird man die Kohlenoxydvergiftung als Haupttodesursache annehmen müssen.

Wertvolle Dienste hat uns bei der Auffindung des Projektils wiederum, wie bereits in anderen Fällen, die Röntgenaufnahme an der Leiche geleistet. Es erscheint erwägenswert, ob nicht ein Hinweis auf diese Tatsache dem § 12 der „Vorschriften“ eingefügt werden soll.

Die Hebamme als Sachverständige vor Gericht.

Von Dr. W. Nacke, dir. Arzt des Wöchnerinnenheimes Am Urban-Berlin.

Aus dem Artikel mit obiger Ueberschrift von Medizinalrat Dr. Israel[1]) habe ich Kenntnis von den hierher gehörigen gesetzlichen Bestimmungen genommen. Ein jeder Arzt weiß, wie schwierig die Diagnose einer bestehenden Schwangerschaft in den ersten Monaten ist, daß selbst der Spezialarzt Mühe haben kann, sich im konkreten Falle Klarheit zu verschaffen, ja daß es oft sogar in unkomplizierten Fällen in den ersten Monaten ganz unmöglich ist, mit absoluter Sicherheit ein Urteil zu fällen, und da sollte die Hebamme den Gutachter abgeben?! Diese Bemerkung zunächst über die Beurteilung der Schwangerschaftsdauer.

Meine Hebammenschülerinnen sind über die Schwierigkeit der Gutachtertätigkeit auf den verschiedensten Gebieten der Geburtshilfe so orientiert, ich habe sie von dem Unglück, das sie durch eine Fehldiagnose anrichten können, so überzeugt, daß sie sich hüten werden, z. B. in der oben besprochenen Frage mehr anzugeben als: „Ich finde den Zustand so, wie bei einer Schwangerschaft im so und so vielten Monat; also, ich fühle die Gebärmutter z. B. faustgroß und weich, und vorausgesetzt natürlich, daß die gebärmutterartige Geschwulst, die ich fühle, wirklich die vergrößerte Gebärmutter und kein anderes Organ z. B Eierstock ist, und daß die Vergrößerung der Gebärmutter nicht auf anderen Ursachen als auf Schwangerschaft beruht, würde ich mein unmaßgebliches Urteil auf Schwangerschaft im zweiten bis dritten Monat abgeben.“ Diese Art der Aussage dürfte auch nach § 272 des Hebammenlehrbuches vorletzter Absatz erwünscht sein, wo allerdings über die Feststellung einer vorausgegangenen Geburt gesprochen wird; es heißt dort wörtlich: Sie soll etwa sagen: „der Befund, den ich aufgenommen habe, ist ungefähr so, wie bei einer Wöchnerin in den ersten Tagen nach der Geburt“. Natürlich bezieht sich diese Bestimmung auch auf jede andere Gutachtertätigkeit der Hebamme. Ein solches Gutachten aber wird dem Richter nicht genügen; er wird erkennen, daß er einen geübteren Sachverständigen, einen Arzt zu Rate ziehen muß. Mit Sicherheit wird die Hebamme bekanntlich eine Schwangerschaft erst vom sechsten Monat an feststellen können; diese Tatsache muß der Hebamme so eingeprägt werden, daß sie bei einem geforderten Gutachten vor dieser Zeit sich stets ihrer Unzulänglichkeit bewußt ist und dies auch in der gewünschten Beurteilung zum Ausdruck bringt.

Auch bei der Beurteilung, ob ein weibliches Wesen Verkehr gehabt hat, soll sich die Hebamme als gut orientiert erweisen, d. h. sie soll sich auch hier bewußt sein, über dieses

---

[1]) Siehe diese Zeitschrift; Jahrgang 1917, Nr. 4, S. 113.

ebenfalls sehr schwierige Thema kein sicheres Urteil abgeben zu können und Laien gegenüber die gewünschte Beurteilung ablehnen, dem Gerichte gegenüber sich nur auf eine Beschreibung des Befundes beschränken.

Ebenso schwierig aber und verhängnisvoll bezüglich der Folgen liegen die Verhältnisse bei der Altersbestimmung der Früchte. Da muß ich zunächst betonen, daß in dieser Beziehung das Hebammenlehrbuch selbst einer Revision bedarf. Im § 129 Abs. 3 heißt es: „Die Hebamme soll ein Kind für reif erklären, das mindestens 49 cm lang ist; ist es nur 48 cm lang, so darf sie es nur dann für reif halten, wenn alle übrigen Merkmale der Reife vorhanden sind.“ Nun haben aber neuere Untersuchungen ergeben, daß unsere Maße und Gewichte für ausgetragene Kinder z. T. viel zu gering sind. Ich konnte die ungewöhnliche Tatsache feststellen, daß der größte Teil der in meiner Anstalt — eingeleitet und uneingeleitet — geborenen Frühgeburten die Durchschnittsmaße und Gewichte ausgetragener Kinder hatte.[1]) Schon die Erwägung allein, daß Früchte von 10 Pfund und mehr und von 56 bis 60 cm Länge, wenn sie als Frühgeburten geboren würden, schon reichlich die Maße und Gewichte ausgetragener Kinder hätten und deshalb als ausgetragen bezeichnet werden müßten, beweist die Schwierigkeit der ganzen Frage. Es ist auch recht unverständlich, daß 1 cm Unterschied in der Länge den Ausschlag geben soll, fehlen doch auch bei sicher ausgetragenen Kindern manche Zeichen der Reife. Wenn hier schon Aerzte und auch solche, die speziell auf diesem Gebiete jahrelange reichliche Erfahrung haben, eine unantastbar sichere Entscheidung mit ruhigem Gewissen oft nicht treffen können, welche Torheiten wird da erst eine Hebamme zustande bringen und damit Ursache zu unberechenbarem, schwerem Leid geben.

Deshalb möchte ich wünschen, daß gesetzlich für diese letzte Frage nur ein ärztliches Gutachten ausschlaggebend sein, darf und daß der Gutachtertätigkeit der Hebamme auch für andere, in ihren Beruf einschlägige Fragen keine allzu große Wichtigkeit beigemessen wird. So sehr ich den Wert des Hebammenberufes schätze und weiß, daß unsere modernen Hebammen in ihrem Fach Außerordentliches leisten, daß ich ihre Hilfe bei einer Entbindung nicht missen möchte und stets dafür eintreten werde, daß nur eine Hebamme und nicht etwa eine Schwester zur Ueberwachung und Leitung einer Geburt zugezogen wird (falls der Arzt nicht selbst von Anfang der Geburt bis Ende derselben zugegen sein kann), so wichtig der lehrreiche Einfluß der Hebamme für die Aufklärung und Erziehung des Publikums im Rahmen ihrer Kenntnisse und Befugnisse ist, so energisch muß ich mich sowohl auf Grund obiger Ausführungen, als auch auf Grund trüber praktischer Erfahrungen gegen die Befugnis aussprechen, die Hebamme als Gutachter in schwierigen ge-

[1]) Zentralblatt für Gynäkologie; 1912. Arbeiten von Lutz und Nacke.

burtshilflichen Fragen vor Gericht zuzulassen, hat sie doch während ihrer Ausbildungszeit viel zu wenig Gelegenheit, praktische Erfahrungen bezüglich der erwähnten Fragen zu sammeln.

Betrachtungen zu § 367 Abs. 1 des Strafgesetzbuches mit Bezug auf § 3 Abs. 3 der Dienstanweisung für die Hebammen im Königreich Preußen.

(Betrifft die amtliche Anzeige und Beseitigung von Kinderleichen.)

Von Dr. W. Nacke, leitender Arzt des Wöchnerinnenheims Am Urban-Berlin.

Veranlassung zu diesen Betrachtungen gibt mir die Anzeige und polizeiliche Vernehmung eines Arztes wegen fahrlässiger Fortschaffung einer Kinderleiche. Der Vorgang war folgender:

Nach der Geburt eines 26 cm langen spontan ausgestoßenen Fetus fragt die Hebamme den Arzt, was mit der Kinderleiche geschehen solle. Die Antwort lautet: Ist der Fetus totgeboren und nicht mehr als 32 cm lang, unterbleibt die Anzeige beim Standesamt. Daraufhin wurde die Frucht verbrannt. Nach einiger Zeit erhält der Arzt eine amtliche Aufforderung sich wegen fahrlässiger Fortschaffung einer Kinderleiche (§ 367 Abs. 1 des Strafgesetzbuches) zu verantworten und sich zu seiner Vernehmung im zuständigen Polizeirevier einzufinden. Er gab dort den Vorgang wie oben geschildert an und erfährt, daß der Fetus vor seinem Tode einige Male Atembewegungeu gemacht hat. Es handelte sich also um eine lebend geborene Frucht. Das war dem Arzt von der Hebamme nicht mitgeteilt worden und die Mutter des unehelichen Kindes hatte die Anzeige erstattet. Bei seiner Vernehmung hatte der Arzt gesagt, daß eine Universitäts-Frauenklinik genau so wie er zu handeln pflege und dabei infolge seiner Erregung unvorsichtiger Weise die Bemerkung gemacht, es sei überhaupt unsinnig, einen 26 cm langen Fetus, auch wenn er ein paarmal geatmet hätte, da er ja doch lebensunfähig sei, amtlich melden und öffentlich begraben zu lassen. Er glaube bestimmt annehmen zu können, daß der Chef der Universitätsfrauenklinik, über dieses Thema befragt, sich seiner Ansicht diesbezüglich anschließen würde. Nach einiger Zeit wurde der Arzt noch einmal wegen derselben Angelegenheit zum Polizeibüro zitiert und ihm eröffnet, daß er zwar auf Grund eines Gutachtens von Seiten des Direktors der Universitäts-Frauenklinik freigesprochen sei, daß ihm aber die dringende Mahnung erteilt werden müßte, in Zukunft lebende Früchte, unbekümmert um ihre Länge, standesamtlich melden zu lassen.

In der Sammlung dienstlicher Verfügungen von der Königlichen Schutzmannschaft zu Berlin 1902 finden wir außerdem folgende Bestimmung:

„Totgeborene menschliche Leibesfrüchte, aus deren Beschaffenheit mit unbedingter Zuverlässigkeit hervorgeht, daß sie ein geringeres Fruchtalter als

6 Monate, d. h. eine Körperlänge von nur 32 cm oder weniger haben, sind nicht den Standesämtern als Totgeburten zu melden. Bei ihnen genügt es, wenn auf dem Atteste eines Arztes oder einer geprüften Hebamme der Name der Mutter sowie Zeit und Ort der Geburt angegeben und zugleich bescheinigt wird, daß die betreffende Frucht ein Alter von weniger als 6 Monaten hat. Dies Attest muß ferner mit dem Vermerk des zuständigen Polizeireviers versehen sein, daß gegen die Bestattung Bedenken nicht obwalten. Mit der Person, welche die Bestattung beantragt, ist seitens des Küsters oder des Totengräbers eine protokollarische Verhandlung aufzunehmen und die Bestattung in einem besonderen Buch derart zu vermerken, daß daraus namentlich die Stelle zu ersehen ist, an der die Frucht vergraben ist. Alle anderen Totgeburten, also insbesondere diejenigen Leibesfrüchte, die mehr als 32 cm Körperlänge haben, sind den Standesämtern anzumelden. Zu ihrer Beseitigung ist daher die Vorlage des polizeilichen Beerdigungsscheins erforderlich."

Ich glaube, daß diese polizeiliche Bestimmung weder sehr bekannt ist, noch häufig zur Ausführung kommt. Es müßte ja in Großstädten sonst eine ungeheure Zahl von derartigen Meldungen eingehen, die eine recht erhebliche Schreibarbeit und sonstige Umstände verursachen würden. Aber auch die zuerst erwähnte Bestimmung, daß Früchte unter 32 cm Länge, die gelebt haben, standesamtlich gemeldet werden müssen, scheint nicht immer beachtet zu werden. Die Zahl dieser Früchte dürfte aber ebenfalls recht groß sein.

Das Hebammenlehrbuch sagt: Als totgeboren ist ein Kind anzusehen, wenn an ihm nach seinem Austritt aus dem Mutterleibe Herztöne nicht mehr wahrnehmbar sind. Natürlich wird man aber auch ein solches Kind, das Atemzüge macht, nicht als totgeboren bezeichnen können. Ja ich gehe weiter und frage: 1. Lebt eine Frucht, die sich bewegt? 2. Soll ein kleiner Fetus, der zwar nicht atmet und an dem Herztöne seiner Kleinheit wegen nicht zu hören sind, dessen Herzaktionen aber deutlich durch den dünnen Brustkorb sichtbar sind, etwa als tot bezeichnet werden? Derartige Erscheinungen werden meist von sehr kurzer Dauer sein, aber sie beweisen die Arbeit der lebenden Zelle, das Leben. Wer viel Aborte gesehen hat und speziell kriminelle, der weiß, daß ganz kleine Feten, die ungewöhnlich schnell nach dem intrazervikalen oder intrauterinen Eingriff von einer durch alle möglichen Vorbereitungen, wie heiße Spülungen, Bäder, Massagen, starke Abführmittel und dergl. schon vordem stark erregten und event. auch noch von Natur sehr erregbaren Gebärmutter ausgestoßen wurden, Lebenszeichen von sich geben können. Was soll nun mit diesen geschehen? Sollen wirklich auch solche Feten, die eine derartige körperliche Entwicklung aufweisen, daß sie mit allen Hilfsmitteln der modernen Säuglingspflege doch nicht am Leben zu erhalten sind, Feten von 20—25 cm Länge, die nach ganz kurzer Zeit sterben, sollen solche standesamtlich als lebendgeboren und nach 5 Min. z. B. verstorben gemeldet und mit den landesüblichen Zeremonien bestattet werden? Es scheint mir deshalb zweckmäßig, auch für lebend geborene Früchte, die standesamtlich zu melden sind, ein Mindestmaß anzugeben, einmal deshalb, weil ich nicht glauben kann, daß die jetzigen Be-

stimmungen in allen Fällen genügend respektiert werden, und anderseits deshalb, damit den Arzt nicht Strafen treffen, die er nicht verdient zu haben glaubt, weil er sich bewußt ist, nicht dem Sinn, sondern dem toten Buchstaben des Gesetzes zuwider gehandelt zu haben.

Von einer Beobachtung der dienstlichen polizeilichen Verfügung, wie ich sie oben angegeben habe, und von der ich schon sagte, daß sie sehr wenig bekannt sei, kann erst garnicht die Rede sein. Und doch würden Religion und Ethik in gleicher Weise gefördert werden, wenn auch über den Verbleib der nicht standesamtlich zu meldenden menschlichen Früchte zwingende Bestimmungen erlassen würden. Zumeist werden wohl derartige Feten verbrannt — ich will mich über diese Art der Auflösung der leiblichen Hülle hier nicht verbreiten — aber leider in recht roher Weise und an einem ungeweihten Orte. Ich glaube, daß auch mit einer derartigen Bestimmung den Abtreibungen bei einem Teil der Fälle und speziell bei unehelichen entgegen gearbeitet werden würde.

Milzschwellung und Typhusdiagnose bei Schutzgeimpften.

Von Stabsarzt d. R. Dr. **Kathe** (Breslau), z. Z. Korpshygieniker im Felde.

Eine Abhandlung v. Hoesslins „Bemerkungen zur Diagnose leichterer Typhusfälle und zur Frage der Milzschwellung bei der Typhusschutzimpfung“ in der Nr. 39 der Münch. med. Wochenschrift gibt mir Veranlassung, kurz auf nach der gleichen Richtung gehende Untersuchungen zurückzukommen, die ich gemeinsam mit Zinsser 1915 ausführte[1]). Inzwischen habe ich in fast 2 Jahren truppenärztlicher Tätigkeit unsere damals am Krankenbett und im Laboratorium gewonnenen Ergebnisse, die sich im wesentlichen mit den Angaben v. Hoesslins decken, weiterhin bestätigt gefunden.

In dem von unserer damaligen Division besetzten Gebiet traten bei den Truppen im Sommer 15 wie auch schon im vorhergehenden Spätherbste und Winter im allgemeinen leichte und mittelschwere Typhusfälle auf, die hinsichtlich des klinischen Bildes keine wesentliche Abweichung von der Regel zeigten. Nach der im Hochsommer 15 wieder vorgenommenen Typhusschutzimpfung mit polyvalentem Impfstoff änderte sich das Krankheitsbild der an Zahl keineswegs abnehmenden Typhusfälle so sehr im Sinne eines leichten Verlaufes, daß von mehr als einer Seite die Vermutung ausgesprochen wurde, es handele sich jetzt überhaupt nicht um Typhus, sondern um „Grippe, Influenza“ und dergl.

Wir haben in unserer Arbeit das Krankheitsbild eingehend beschrieben; es stimmt in allen wesentlichen Zügen mit dem von v. Hoesslin skizzierten Verlaufe überein, sodaß ich auf

[1]) Medizinische Klinik; 1916, Nr. 22.

eine nochmalige Wiedergabe verzichten kann. Daß es sich bei unseren damaligen Erkrankungen tatsächlich um Typhus handelte, machten schon epidemiologische Verhältnisse wahrscheinlich, vor allem das Fortbestehen der Seuche mit mittelschweren und schweren Fällen bei der nichtgeimpften Zivilbevölkerung. Wir beobachteten außerdem im Laufe der Zeit mehrere Soldaten, die mit solch' abortivem Typhus in Feldlazaretten lagen, bei denen wir außer fühlbarer Milz und ansteigendem Agglutinationstiter nichts für Typhus Charakteristisches fanden, — auch der Bazillennachweis im Blut, Stuhl und Urin hatte versagt —, und die dann späterhin als Bazillenausscheider festgestellt wurden; der eine, nachdem er bereits wieder Monate lang Dienst getan hatte.

Die bakteriologisch-serologischen Untersuchungsmethoden lieferten uns diagnostisch keine brauchbaren Ergebnisse, mit Ausnahme der immerhin etwas mühsamen und erst nach etwa 6—8 Tagen ein klares Bild gebenden Bestimmung der Titerkurve der Typhusagglutinine im Blute der Erkrankten. Etwa in 66 % unserer Fälle war eine deutliche, teilweise sehr starke Tendenz der Kurven zum Anstiege erkennbar; in 24 % der Fälle trat das Verhalten nicht so ausgesprochen in Erscheinung. Nur bei 10 % waren die Kurven unverwertbar.

Ich kann auf Grund dieser Beobachtungen v. Hoesslin nur beistimmen, wenn er meint, daß „der Wert einer einwandsfrei bis zum Ende geführten Agglutination augenblicklich vielfach unterschätzt wird"; ich kann dies umsomehr, als ich in besonderen Versuchsreihen nachweisen konnte, daß bei gesunden Typhus-Schutzgeimpften der Agglutiningehalt des Blutes keinen starken Schwankungen unterworfen ist, vor allem nicht im Sinne eines Anstieges der Kurve. Bei fiebernden (äußeren und inneren) Kranken waren die Ausschläge wohl etwas stärker, aber eine Beeinflussung des Antikörpergehaltes im Sinne eines Anstieges des Titers war ebenfalls nicht zu erkennen.

Auf Grund unserer damaligen Beobachtungen am Krankenbett glaubten wir, als wertvollstes Hilfsmittel zur Typhusdiagnose der Schutzgeimpften den fühlbaren Milztumor bezeichnen zu sollen, zumal es von dem Arzte auch unter den ungünstigsten äußeren Verhältnissen angewandt werden kann. Besonders wichtig erschien mir dabei die Tatsache, daß die Milzschwellung sehr frühzeitig in Erscheinung tritt; ich vermißte sie in der Regel schon bei der ersten Krankmeldung des Betreffenden nicht.

Die diagnostische Bedeutung des Milztumors ist viel erörtert worden, eine völlige Einigung anscheinend nicht erzielt. Ich will die ganze Streitfrage nicht nochmals aufrollen, nur ganz kurz meine seitherigen Beobachtungen nach dieser Richtung wiedergeben. Nicht unerwähnt möchte ich allerdings lassen,

daß ich diese Erfahrungen ausschließlich an der Westfront gesammelt habe.

In keinem Falle habe ich bei Gesunden nach voraufgegangener Typhus-Schutzimpfung eine fühlbare Milz feststellen können. Berücksichtigt habe ich freilich grundsätzlich nur wirklich fühlbare Milz; perkutorisch nachweisbare Vergrößerung aber außer acht gelassen, weil Täuschungen leicht vorkommen.

In fast 2jähriger Tätigkeit an der Front habe ich wohl fast alle fiebernden Leute meiner Truppe, die in meine Behandlung kamen, — vorn im Unterstand, wie hinten in der Revierkrankenstube —, auf fühlbare Milz untersucht. Bei positivem Befunde stellte ich, natürlich unter gleichzeitiger Würdigung der übrigen klinischen Symptome, die Diagnose Typhusverdacht (ev. auch Fünftagefieber-Verdacht) und bin meines Wissens nur in einem Falle durch den weiteren Verlauf der Erkrankung und durch die Sektion widerlegt worden. Es handelte sich um einen Schwerkranken, den ich mit Milztumor und Lungenentzündung als ‚Typhuspneumonie‘ dem Lazarett überwies. Der Mann starb; die Sektion ergab: Pneumonie, Milztumor, Pneumokokkensepsis.

Die Hauptschwierigkeit in der Technik der Milzpalpation ist, den Kranken zu völliger Erschlaffung der Bauchdecken zu bringen. Anwinkeln der Schenkel, Atmen bei geöffnetem Munde, bequeme Lage des Rückens genügen oft nicht allein. Man muß sich mit dem Kranken nicht selten auf die zweckmäßige Atmung erst einüben. Rechte Halbseitenlage erleichtert gelegentlich die Palpation.

Immer wieder ist mir der scharfe derbe Rand der Typhusmilz des Schutzgeimpften aufgefallen. Und nie habe ich eine Erscheinung vermißt, durch die sich auch den Umstehenden das Vorhandensein der fühlbaren Milz zeigen läßt: Sobald der Rand der Milz über die Fingerkuppen der fühlenden Hand gleitet — schnappt, möchte ich fast sagen, denn die Hand macht dabei eine geradezu ruckartige Bewegung —, zuckt das Gesicht des Untersuchten schmerzlich zusammen. Ich kann daher v. Hoesslin nicht Recht geben, wenn er sagt, die fühlbare Milz sei „ohne besondere Druckempfindlichkeit“.

Meine seitherigen Beobachtungen haben mir, um es kurz zusammen zu fassen, nur eine volle Bestätigung der Auffassung gegeben, die ich schon vor 2 Jahren aussprach:

„Von ausschlaggebender Bedeutung hinsichlich der Typhusdiagnose sind, besonders für den in vorderster Linie tätigen Truppenarzt, die klinischen Symptome, zumal der fühlbare Milztumor. Die fühlbare Milz ist für uns ‚das‘ frühdiagnostische Hilfsmittel zur Typhusdiagnose bei unseren schutzgeimpften Soldaten geworden.“

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die amtliche Versammlung der Medizinal-Beamten des Reg.-Bez. Arnsberg am 22. April 1918, vormittags 10 Uhr, in Hagen, Hotel Lünenschloss.

Anwesend sind die Herren Regierungspräsident von Bake-Arnsberg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lentz, vortragender Rat in der Medizinal-Abteilung des Ministeriums des Innern in Berlin, Reg.- und Med.-Rat Dr. Koenig-Arnsberg als Vorsitzender, Stabsarzt Dr. Dietrich-Münster als Vertreter des Generalarztes des VII. Armeekorps, Landrat und Polizei-Präsident zur Nieden-Gelsenkirchen als Vorsitzender des Vereins zur Bekämpfung der Volkskrankheiten im Ruhrkohlengebiet, Prof. Dr. Bruns, Leiter des Instituts für Hygiene und Bakteriologie in Gelsenkirchen, Dr. Quadflieg, Abteilungsvorsteher dieses Instituts, Kreisarzt Dr. Schürmeyer-Arnsberg, ständiger Hilfsarbeiter der Regierung, 16 Kreisärzte des Bezirks (2 Kreisärzte fehlten entschuldigt), sowie Stadtarzt Dr. Wendenburg-Bochum, Stadtassistenzarzt Dr. Löns-Dortmund.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Koenig eröffnet um 10 Uhr die Sitzung und begrüßt die Anwesenden, insbesondere die Gäste. Er gibt dann zu Punkt I der Tagesordnung

kurze statistische Mitteilungen über Häufigkeit des Typhus und der Ruhr im Regierungsbezirk Arnsberg

an der Hand von Tafeln und Tabellen einen Ueberblick über die Verbreitung der Ruhr und des Typhus seit dem Jahre 1902. Danach steht der Regierungsbezirk mit durchschnittlich 8 Ruhrerkrankungen auf 100000 Einwohner weit über den Staatsdurchschnitt mit durchschnittlich 2 Erkrankungen auf 100000 Einwohner. Seit dem Jahre 1913 macht sich im Staate ein langsames stetiges Steigen der Kurven bemerkbar. Im Jahre 1917 entfallen auf 100000 Einwohner im Staat 14,3 Erkrankungen, im Bezirk Arnsberg 14,6 Erkrankungen. Aus mancherlei Anzeichen, im besonderen aus der Tatsache, daß in den Wintermonaten der letzten Jahre die Seuche nie ganz zum Stillstand gekommen ist, sondern jedesmal eine prozentual stärkere Zunahme erfahren hat, ist auf einen großen Anstieg der Ruhr im Jahre 1918 zu schließen.

Auch bezüglich des Typhus steht der Arnsberger Durchschnitt über dem Staatsdurchschnitt. Er tritt besonders häufig in den westlichen Industriekreisen auf und hat in den letzten Jahren stark zugenommen.

Es folgt dann als zweiter Punkt der Tagesordnung

„Aussprache über Anzeigepflicht“.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lentz regt eine Meldung von Typhus- und Ruhr-Verdachtsfällen an, obgleich diese Verdachtsfälle nach dem Landesseuchengesetz vom 28. August 1905 nicht anzeigepflichtig seien; besonders sei dies Verfahren bei Ruhr dringend zu empfehlen. Er bittet die Kreisärzte, sich zu diesem Zwecke mit den praktischen Aerzten in Verbindung zu setzen und auf sie persönlich einzuwirken. Weiter zeigt er an der Hand von Tafeln die Häufigkeit des Vorkommens von Typhus und Ruhr in Preußen von 1913 bis 1917 nach Monaten geordnet.

Geh. Med.-Rat Dr. Graeve-Hagen: Die persönliche Einwirkung auf die Aerzte hat seine Grenzen in dem Verhalten der Aerzte selbst. Die Anzeigepflicht ist jedenfalls ein schwankendes Ding. Ein Teil der Kollegen meldet schon jetzt jeden Erkrankungs- und Verdachtsfall, eine andere Gruppe meldet z. B. beim Typhus reichlich spät, erst wenn die bakteriologische Untersuchung den Verdacht bestätigt hat, und eine dritte Gruppe meldet aus Gründen, die hier unerörtert bleiben können, sehr lässig oder überhaupt nicht. Vielfach wird auch die wissenschaftliche Diagnose umschrieben; da heißt es z. B. auf Todesbescheinigungen anstatt Ruhr: „chronischer Dickdarmkatarrh mit Blutabgang.“ Redner bringt einen besonders krassen Fall einer Nichtmeldung von Typhus in einem Krankenhause zur Sprache, der durch Unterlassung dieser Anzeigepflicht auf der Kinderstation zu 13 Kontaktinfektionen geführt hat.

Med.-Rat Dr. Bachmann-Hamm hebt gleichfalls die Mängel der Meldung hervor, die seiner Meinung nach wenigstens teilweise auf vermeintliche oder wirkliche wirtschaftliche Schädigungen der Aerzte zurückzuführen seien.

Kreisarzt Dr. Bröckerhoff-Altena weist darauf hin, daß zahlreiche leicht verlaufende Ruhrfälle nur deshalb nicht gemeldet seien, weil sie nicht

in ärztlicher Behandlung gestanden hätten. Im Kreise Altena hat man diesem Uebel dadurch gesteuert, daß allen Ruhrkranken Lebensmittelzulagen zugebilligt werden.

Med.-Rat Dr. Bliesener-Bochum: Die Anzeigepflicht wird im allgemeinen im Kreise Bochum gut gehandhabt. Schwierigkeiten haben sich nur dadurch ergeben, daß man wegen zeitweiser Ueberfüllung der Krankenhäuser einen nicht ganz unbeträchtlichen Teil ruhrkranker Personen in der eigenen Behausung belassen mußte.

Kreisarzt Dr. Friedel-Schwelm: Die Meldepflicht bei Ruhr stößt nur deshalb auf Schwierigkeiten, weil viele Erkrankungen sehr leicht verlaufen.

Kreisarzt Dr. Weber-Dortmund macht auf § 2 des Landesseuchengesetzes aufmerksam, wonach zur Meldung nicht nur der zugezogene Arzt verpflichtet sei. Er habe im Landkreise Dortmund die Oberschwestern der Krankenhäuser für die Anzeigepflicht interessiert und damit gute Erfolge erzielt.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lentz empfiehlt dort, wo die Aerzte der Meldepflicht nicht nachkommen, möglichst viel Umgebungsuntersuchungen vorzunehmen. Das spricht sich in der Nachbarschaft herum und wird den Aerzten allmählich unbequem, so daß sie sich auf ihre Pflicht besinnen. Gegenüber den Ausführungen von Dr. Bröckerhoff betonte er, daß die freiwillige Gewährung von Lebensmittelzulagen an Ruhrkranke in Westpreußen dahin geführt habe, daß dort die Erkrankungsziffer der Dysenterie am größten ist, während früher nur vereinzelte Ruhrfälle vorgekommen sind. Trotzdem sei es im ärztlichen und sanitätspolizeilichen Interesse anzustreben, den Ruhrkranken Lebensmittelzulagen, besonders Kohlehydrate zu verabfolgen. Er bittet den Herrn Regierungs-Präsidenten, zu erwägen, ob nicht auch im Bezirk Arnsberg Kohlehydrate für Ruhrkranke beschafft werden können.

Betreffs der bakteriologischen Untersuchungsergebnisse sei es notwendig, die praktischen Aerzte immer wieder darauf hinzuweisen, daß ein negatives Ergebnis den Ruhrverdacht nicht entkräftet. Maßgebend für die Diagnose sei und bleibe stets das klinische Bild.

Regierungs-Präsident v. Bake glaubt, daß im Bezirk Arnsberg eine Zulage von Nahrungsmitteln wohl in Aussicht gestellt werden könne; er ersucht den Reg. und Med.-Rat, eine entsprechende Vorlage zu machen.

Reg. und Med.-Rat Dr. König weist darauf hin, daß es für den praktischen Arzt nicht immer so leicht ist, Typhus- und Ruhrkranke in ein Krankenhaus zu bringen, besonders wenn der Krankenhausarzt auch allgemeine Praxis treibt und Konkurrent des ersteren ist. Anzeigepflicht und Seuchenbekämpfung können s. E. in kleinen Städten und auf dem Lande gefördert werden, wenn es, wofür zahlreiche Beispiele vorhanden sind, den praktischen Aerzten erlaubt ist, ihre Kranken in den Krankenhäusern selbst zu behandeln. Die Stellung des leitenden Krankenhausarztes braucht dadurch nicht berührt zu werden.

III. Ermittelung der Krankheit.

Reg. und Med.-Rat Dr. König: Was die Typhus-Infektion durch Trinkwasser anbetrifft, so hatte man Anfangs nach der Ueberschwemmung der Ruhr am 16. Januar 1918 mit einer Zunahme der Morbidität gerechnet. Die Befürchtungen haben sich indessen nicht bestätigt. Im Gelsenkirchener Wasserwerk ging die Keimzahl allerdings in die Höhe, so daß in zwei Perioden Chlorungen des Leitungswassers vorgenommen werden mußten. Die Chlorung hat auf die Typhushäufigkeit keinen Einfluß ausgeübt.

Stabsarzt Dr. Dietrich-Münster erörtert die Möglichkeit der Verunreinigung des Ruhrwassers durch das Gefangenlager zu Meschede; er regte deshalb eine örtliche Besichtigung an, an der außer ihm und den beteiligten Militärärzten auch der Reg. und Med.-Rat teilnehmen soll.

IV. Bakteriologische Untersuchungsergebnisse bei Typhus, Paratyphus und Ruhr.

Der Vortragende, Dr. Quadflieg-Gelsenkirchen, schildert zunächst die gemeinsamen und gegensätzlichen morphologischen, biologischen und serologischen Eigenschaften des Typhus- und Paratyphus-Bazillen und erläutert sie an Plattenkulturen. Der Typhus-Bazillus ist für Tiere wenig pathogen, im Gegensatz zum Paratyphus. In den Faeces sind die Bazillen leichter zu

finden zu Beginn der Krankheit; sie werden seltener vom Beginn der 3. Woche an. Im Darm sitzen sie am häufigsten im Duodenum; nach dem Dickdarm zu nehmen sie progressiv ab. Sie finden sich ferner in der Gallenblase, im Roseolensaft und auch auf den Mandeln, nicht zuletzt im Blut. In der ersten Krankheitswoche ist der Bazillenbefund im Blut zu 10%, in der 2. Woche zu 60% und in der 3. Woche zu 40% positiv. Ein positiver Bazillennachweis im Blut bei negativem Widal hat also nichts Auffallendes, denn die Bildung der Agglutinine tritt erst später ein.

Die Typhusdiagnose kann weiter gesichert werden durch den Nachweis von Abwehr-Körpern im Blute, den sogenannten Agglutininen. Während zu Beginn der Krankheit der Bazillennachweis leichter gelingt, ist es mit dem Nachweis der Agglutinine umgekehrt, sie werden leichter am Ende der Krankheit nachgewiesen.

Die Bazillen werden aus dem Körper durch Kot und Urin ausgeschieden. Der Urin weist in der 3. Krankheitswoche in 1/3 aller Fälle einen positiven Bazillenbefund auf.

2—2½% aller Erkrankten bleiben Bazillenträger.

Der Typhusbacillus ist weniger Saprophyt als der Paratyphus-Bacillus. Der Paratyphus-Bacillus ist sehr verbreitet, kommt vielfach im Fleisch notgeschlachteter Tiere, in verdorbener Wurst und gelegentlich auch im Darm gesunder Schweine vor. Man unterscheidet menschenpathogene und nichtmenschenpathogene Paratyphus-Bazillen.

Paratyphus ist bei positivem Befunde nur dann anzunehmen, wenn der Träger auch klinisch krank ist.

Der Paratyphus-A-Bacillus war vor dem Kriege in Deutschland außerordentlich selten; in Gelsenkirchen ist während des Krieges eine von Frankreich eingeschleppte Epidemie beobachtet worden. Die Prognose bei dieser Krankheitsform ist bekanntlich sehr günstig.

Die Ruhr ist ihrer Ursache nach keine einheitliche Krankheit, sie wird durch Shiga-Kruse, Flexener- und Y-Bazillen hervorgerufen.

Ihre Verbreitung geschieht hauptsächlich durch Kontakt, Nahrungsmittel, Gebrauchsgegenstände, Fliegen und durch chronische Ruhrkranke; vielfach werden Ruhrbazillen auch bei der Enteritis follicularis der Kinder gefunden. Ins Blut gehen die Ruhrbazillen nicht; sie lassen sich deshalb auch nicht im Urin nachweisen.

Eür den Nachweis der Ruhrbazillen in den Schleimflocken der Entleerung Ruhrkranker ist es von entscheidender Wichtigkeit, daß der Ausstrich unmittelbar nach der Entnahme an Ort und Stelle vorgenommen wird. Auf diese Weise ist es gelegentlich einer Epidemie in Recklingshausen, Reg.-Bez. Münster, gelungen, in 70% einen positiven Befund zu gewinnen. Dieselben Stuhlproben, ins Hyg. Institut zu Gelsenkirchen gesandt, ergaben nach 2 Tagen einen erheblich weniger positiven Befund. Zum Schluß seiner Ausführungen ersucht Redner die Kreisärzte, ihre Desinfektoren anzuweisen, den eingesandten Proben die nötigen Anweisungen beizufügen.

In der anschließenden **Besprechung** bemerkt zunächst Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lentz, daß der Widal nur dann eine praktische Bedeutung habe, wenn die Blutprobe von einem Kranken entnommen sei. Die Mitteilungen der Untersuchungsämter an die Aerzte bedürfen vielfach einer Ergänzung. Die Angabe Widal positiv 1 : 100 sei für den Arzt nicht ausreichend und verleite sie zu folgenschweren Irrtümern. Wenn dann noch unglücklicher Weise eine Mitagglutination für Paratyphus in halber oder gleicher Höhe vorliege, dann versteht der Arzt mit diesem Befund nichts anzufangen. Er schlage deshalb eine Berichtigung und Ergänzung im folgenden Sinne vor:

„Widal + 1 : 100 Typhus und 1 : 50 Paratyphus; wahrscheinlich Typhus."

Bei Ruhrerkankungen sei den Aerzten dringend nahezulegen, „daß ein negatives Resultat nichts besage."

Kruse hat für die Gruppe der Erkrankungen des Flexner-, Y- und Stronk-Bacillus den Begriff „Pseudodysenterie" eingeführt im Gegensatz zur Shiga-Kruse-Ruhr. Dieser Name ist irreführend und hat in Aerztekreisen große Verwirrung angerichtet. Demgegenüber muß betont werden, daß die Flexner-, Y- usw. Erkrankungen ebenfalls echte Ruhrerkrankungen sind, die

um so mehr Beachtung verdienen, als Flexner-Epidemien wegen der zahlreichen leicht verlaufenden Fälle vielfach einen größeren Umfang annehmen können und bisweilen auch schwerer verlaufen, als die echten Shiga-Kruse-Epidemien.

Geh. Med.-Rat Dr. Nauck-Hattingen wünscht Aufklärung über das Zustandekommen der Typhusagglutination bei Miliartuberkulose. — Die Entnahme von Ruhrmaterial läßt sich am zweckmäßigsten durch Einführung besonders konstruierter Glasröhren in den Mastdarm bewerkstelligen.

Dr. Quadflieg-Gelsenkirchen erwidert, daß ein positiver Widal 1 : 50 oder sogar 1 : 100 nicht immer nur für Typhus beweisend sei. Er werde auch bei vielen anderen fieberhaften Krankheiten und oft bei Icterus beobachtet. Der Widal hält sich nach Typhuserkrankungen in der Regel 4—6 Monate nach der Rekonvaleszenz; bei Bazillenträgern wird meist ein negativer Widal gefunden.

Med.-Rat Dr. Bliesener-Bochum: Bei der Diagnose des Typhus soll man das klinische Krankheitsbild nicht aus dem Auge lassen. Redner fragt, ob die Enteritis paratyphosa (Fleischvergiftung) ansteckend sei, und beruft sich hierbei auf einen Erlaß, wonach diese Frage verneint werde.

Dr. Quadflieg-Gelsenkirchen: Die Paratyphusbazillen der Fleischvergiftung stammen in der Regel von Tieren ab und sind für Menschen nichtpathogen, d. h. sie erzeugen eine Gastroenteritis, aber keine typhusähnlichen Erscheinungen.

Med.-Rat Dr. Pollak-Hörde wünscht bei der Berichterstattung kurz gefaßte Formulare für Kranke einerseits und Dauerausscheider anderseits.

Kreisarzt Dr. Weber-Dortmund: Im Landkreis Dortmund sind im Jahre 1912 von Desinfektoren eingesandt worden: 1278 Fäzes- und 163 Urinproben, Die bakteriologische Untersuchung fiel bei sämtlichen Urinproben negativ aus, bei den Fäzes wurde 25 mal (= 2 %) ein positives Ergebnis erzielt. Von Aerzten wurden im gleichen Zeitraum 580 Fäzes-, 149 Urin- und 402 Blutproben eingesandt: Das Ergebnis war folgendes: Fäzes positiv 58 mal = 10 %, Urin positiv keinmal, Widal positiv = 176 mal = 43,3 % (auf die Widalschen Untersuchungen berechnet). Außerdem wurden in 35 Blutproben Bazillen gefunden. Auf jeden Typhuskranken des Jahres 1917 kommen durchschnittlich 3,8 bakteriologische Untersuchungen.

Der Widal wurde angestellt bei 246 Personen, und war positiv bei 151 Kranken = 62 %, negativ bei 95 Kranken = 38 %. Von den 346 Typhuskranken des Jahres 1917 wurden nicht bakteriologisch untersucht 49 Personen. Von den restlichen 297 Kranken hatten überhaupt ein negatives Ergebnis nach jeder Richtung hin: 100 = 34 %, ein positives: 197 = 66 %. Angesichts dieser Zahl werden wir beamtete Aerzte bei unseren Ermittelungen das Schwergewicht noch immer auf das klinische Krankheitsbild legen müssen. Das Fieber bietet für uns keinen absoluten Anhaltspunkt, weil die Fieberkurve noch nicht fertig vorliegt; wichtig für die Erkennung der Krankheit sind besonders die Roseolen, die fast stets zu beobachtende Schwerhörigkeit und vielfach auch die Facies des Kranken.

Stabsarzt Dr. Dietrich-Münster i. W. teilt mit, daß besonders für die mehr östlich gelegenen Kreise des Bezirkes wegen Entnahme und Untersuchung von Ruhrstühlen in Notfällen das militärische bakteriologische Institut zu Münster zur Verfügung steht. Die direkte Entnahme von Kotproben aus dem Darm mittels Glasröhren, die militärischerseits in großem Maßstab bei Typhus vorgenommen wird, eignet sich für die Ruhr nicht, weil man selten die Schleimflocken erhält. Die bakt. Untersuchungsergebnisse bei Typhus seien noch nicht so günstig, wie es wünschenswert sei. Zu ihrer Besserung empfiehlt Redner in der ersten Krankheitswoche die Einsendung eines Blutkuchens; man kann dabei gleichzeitig auf Fleckfieber nach Weil-Felix mituntersuchen; in der zweiten Krankheitswoche ist es zweckmäßig, Blut und Blutkuchen einzusenden.

Reg.- und Med.-Rat Dr. König: Der bakt. Befund bei Typhus Widal positiv 1 : 100 ist für die Praxis nicht ausreichend. Es empfiehlt sich bei entsprechenden Mitteilungen seitens der Untersuchungsämter an die Aerzte der Vermerk: „Nachuntersuchung notwendig."

Um vor Täuschungsversuchen bei Abgabe von Kotproben seitens der

Dauerausscheider sicher zu sein, gibt man ihnen am besten vorher Tierkohle als Arzneimittel. Sie färbt den Kot schwarz, macht ihn also kenntlich und übt keine vernichtende Wirkung auf die Keime aus.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lentz betont, daß sich die amtlichen Ermittelungen auf die Feststellung sämtlicher Infektionskrankheiten, nicht nur auf die Typhuskranken ausdehnen müssen.

Prof. Dr. Bruns-Gelsenkirchen erwidert Dr. Weber, daß die Bakteriologie nur als ein unterstützendes Moment bei der Diagnose anzusehen sei; sie sei aber ein wertvolles Unterstützungsmittel. Er erwähnt, daß beim Militär bei manchen Personen bis zu 40, ja bis zu 100 bakt. Untersuchungen vorgenommen waren.

Med.-Rat Dr. Saehrendt-Gelsenkirchen: In Königsberg fiel seiner Zeit die bakt. Untersuchung fast immer negativ aus, während der Urin mehr positive Ergebnisse hatte.

Stabsarzt Dr. Dietrich-Münster i. W.: Die Urin-Untersuchung ist nicht sehr erfolgreich, soll aber deshalb nicht vernachlässigt werden.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lentz: Zur Ermittlung von Bazillenträgern oder -Trägerinnen ist es empfehlenswert, bei allen Frauen über 80 Jahre, die in Krankenhäusern untergebracht sind, systematische Kotuntersuchungen zu veranlassen.

Geh. Med.-Rat Dr. Graeve-Hagen i. W.: Die Entnahme von Kotproben aus der Umgebung Kranker und bei Bazillenträgern ist in seinem Kreise niemals auf Schwierigkeiten gestoßen.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lentz: Die Belästigung der Bazillenträger kann vermieden werden. Hauptsache ist für uns, daß wir sie überhaupt kennen und dahin bringen, daß sie reinlich sind.

V. Absonderung von Kranken.

Geh. Med.-Rat Dr. Graeve-Hagen i. W. betont, daß die Freihaltung der Isolierabteilungen in den Krankenhäusern, besonders in den konfessionellen, unter allen Umständen schon für die laufenden Fälle gefordert werden muß. Dies ist aber in der Stadt Hagen nicht geschehen. Hier wurden sie anfangs mit Militärpersonen belegt, später, als Bedenken aufstiegen, wurden die Militärpersonen auf die allgemeinen Stationen übernommen und dafür andere Zivilkranke in die Seuchenabteilungen gebracht. Wie kann diesem Mangel abgeholfen werden? Ist es möglich, die Krankenhäuser zur Freihaltung der Isolierabteilungen zu zwingen?

Das alles gilt nur für die laufenden Fälle; bei Epidemien empfiehlt es sich, gegebenen Falles freistehende Häuser in Benutzung zu nehmen, aber wie steht es mit der Beschaffung von Betten?

Stabsarzt Dr. Dietrich-Münster i. W.: Die Ueberfüllung der Krankenhäuser beruht darauf, daß bei der Anfrage der Militärverwaltung zur Bereitstellung von Betten zu Beginn des Krieges die Friedenserkrankungsziffer der Bevölkerung zu Grunde gelegt wurde. Die Verhältnisse haben sich mittlerweile durch die ungünstigen Ernährungsverhältnisse und die Einschleppung von Seuchen wesentlich geändert. Zurzeit können wegen der Offensive im Westen seitens des Militärs Betten nicht abgegeben und auch solche nicht zur Verfügung gestellt werden.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Koenig: Die Rechtslage ist die, daß die Gemeinden gezwungen werden können, Absonderungsräume zu bauen, aber keine Krankenhäuser. Die Krankenhäuser, die mit Gemeinden Abkommen bezüglich Unterbringung ansteckender Kranken getroffen haben, sind durch die Verträge auch verpflichtet.

Landrat zur Nieden-Gelsenkirchen: Das „Rote Kreuz" hat auch keine Baracken mehr zur Verfügung; von 100 gelieferten Baracken bekommt sie 43 ausgeliehene nicht wieder herein.

Geh. Med.-Rat Dr. Graeve-Hagen i. W. bittet noch um Beantwortung der Frage, ob Krankenhäuser zur Freihaltung der Isolierräume gezwungen werden können.

Regierungspräsident v. Bake: M. E. wird bei der Erbauung von Krankenhäusern seitens der Polizeiverwaltung im Vertrage ausbedungen, so und so viele Betten für die Isolierabteilung zur Verfügung zu stellen. Die Freihaltung der Isolierräume kann also auch vertraglich erzwungen werden.

Kreisarzt Dr. Bröckerhoff-Altena hat anläßlich einer Pockenepidemie eine Schule als Isolierstation eingerichtet; die Kranken mußten ihre Betten selbst mitbringen.

Geh. Med.-Rat Dr. Nauck-Hattingen: Wegen der bevorstehenden Epidemien müssen große Maßnahmen getroffen werden. Das „Rote Kreuz“ hat bei der Belieferung von Baracken versagt, doch werden auch sonst Baracken gebaut z. B. in Köln. Schulen als Seuchenstationen einzurichten ist auch nicht immer angängig — es fehlt dort vielfach das Pflegepersonal. Man wird deshalb schon auf den Barackenbau zurückgreifen müssen. Es empfiehlt sich ein Zweckverband zwischen 3—5 Ortspolizeibehörden. Die Baracke muß selbstverständlich an ein größeres Krankenhaus angeschlossen werden. Es ist anzustreben, durch die Regierung dahin einzuwirken, daß die Baracken nicht von den konfessionellen Gemeinden, sondern von den Ortspolizeibehörden gebaut werden.

Reg.-Präsident v. Bake: Zurzeit darf überhaupt nicht gebaut werden, außerdem entsteht noch die Schwierigkeit, wo die Baracken aufgestellt werden sollen, da die Epidemien explosionsartig auftreten. Deshalb müssen eventuell schon die Schulen in Anspruch genommen werden, so sehr er das auch als Präsident der Abteilung für Kirchen- und Schulwesen bedauere. Aber im Kriege muß das Schulinteresse hinter den öffentlichen Interessen zurücktreten. Betten wird man entweder von der Militärverwaltung erbitten oder von den Kranken selbst mitbringen lassen müssen.

Landrat zur Nieden-Gelsenkirchen: Der „Verein zur Bekämpfung der Volkskrankheiten im westfälischen Ruhrkohlengebiet“ beabsichtigt, ein Depot von 10—15 Baracken zu errichten, die gegen eine geringe Leihgebühr abgegeben werden sollen.

Stabsarzt Dr. Dietrich-Münster i. W.: In Notfällen kann man auch einen abgegrenzten Flügel eines Krankenhauses als Seuchenstation einrichten. Es empfiehlt sich schon jetzt, die Krankenhäuser daraufhin zu besichtigen. In Fällen dringender Gefahr räumt auch die Heeresverwaltung sofort das betr. Krankenhaus; es bedarf da nur eines entsprechenden Antrages beim Generalkommando.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lentz: Man kann auch die allgemeine Station als Isolierabteilung einrichten und die nicht ansteckenden Kranken auf die Seuchenabteilungen verlegen.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Koenig weist bei der Besprechung des Desinfektionswesens darauf hin, daß jetzt auch Frauen als Desinfektoren ausgebildet werden.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lentz: Für die Desinfektion steht weder Formalin noch Kresol zur Verfügung; deshalb muß der Schwerpunkt auf die mechanische Desinfektion gelegt werden. Von der Anwendung des Sublimats ist ausgiebiger Gebrauch zu machen. Für die Ruhr ist eine neue Desinfektionsanweisung herausgegeben, die den gegebenen Verhältnissen Rechnung trägt. Sie ist milder als die frühere Anweisung und wird vielleicht bewirken, daß die Furcht vor Desinfektionen und die Verheimlichung der Seuchen fortfällt.

Stabsarzt Dr. Dietrich-Münster i. W.: Desinfektoren werden gegebenen Falles reklamiert oder beurlaubt; Anträge sind beim Sanitätsamt des Generalkommandos in Münster zu stellen. Die Erledigung der Reklamationen dauert wenigstens 4 Wochen.

VI. Neuzeitliche Bestrebungen zur Vernichtung der Krankheitskeime bei Keimträgern und Dauerausscheidern.

Der Vortragende Prof. Dr. Bruns-Gelsenkirchen berichtet zunächst, daß er selbst im Felde an Typhus erkrankt und lange Zeit Dauerausscheider geblieben sei.

Die Typhusbazillen sitzen hauptsächlich in der Gallenblase; alle Versuche, sie von dort zu entfernen, sind bisher gescheitert. Man hat zuerst allerlei innere Kuren zur Keimtötung angewandt, sie waren aber erfolglos. Dann ist man zur Exstirpation der Gallenblase geschritten, aber auch der operative Eingriff hat versagt. Der Typhusimpfstoff ist ohne jeden Einfluß geblieben. Neuerdings hat Stuber in Freiburg ein Quecksilberapparat empfohlen, das sogenannte Cystin-Quecksilber, das allseitig Beachtung verdient. Stuber hat Kaninchen künstlich zu Keimträgern gemacht und dann bei ihnen

durch sein Präparat Keimfreiheit erzielt. Beim Menschen sind von 120 Fällen 80 mal d. s. in $^{2}/_{3}$ aller Fälle Dauererfolge erzielt worden. Redner hat das Präparat an sich selbst probiert und hat seine Bazillen verloren. Das Präparat wird in Oblaten hergestellt und 3 mal täglich $^{1}/_{2}$ Stunde nach dem Essen 1 Oblate genommen. Die Gefahr einer Stomatitis ist im Auge zu behalten; außerdem ist eine Kontrolle des Urins notwendig. Die Kur dauert 3 Wochen. Das Präparat wird von Merck-Darmstadt in den Handel gebracht. Es hat keine Wirkung bei Kranken und in $^{1}/_{3}$ der Fälle hilft es bei Dauerausscheidern nichts. Vortragender empfiehlt dringend, das Präparat in weiten Kreisen zu versuchen.

VII. Typhusschutzimpfung.

Kreisarzt Dr. Weber-Dortmund: Eine größere Typhus-Epidemie mit zusammen 155 Erkrankungen ereignete sich in der Gemeinde Marten und in der Nachbargemeinde Oespel.

Die Martener Epidemie begann im Juni 1917 und zog sich durch die ganze 2. Hälfte des Jahres. Bemerkenswert war die geringe Beteiligung der männlichen wehrpflichtigen Personen an der Epidemie. In den Jahresklassen 20—50 erkrankten nur 17 Männer, d. s. 10,9%. Diese Erscheinung hängt wohl offensichtlich mit der Tatsache zusammen, daß der größte Teil dieser Männer im Felde gestanden hatte und bereits beim Militär gegen Typhus geimpft war. Von der Seuche heimgesucht wurde in Marten besonders ein Außenbezirk, bestehend aus 4 sich kreuzenden Straßen mit rund 3000 Einwohnern.

Als die Epidemie trotz strengstens durchgeführter Bekämpfungsmaßnahmen — es sei hier eingefügt, daß sämtliche Kranken in Krankenhausabsonderung gebracht wurden — eine immer größere Ausbreitung erfuhr, entschloß man sich zur Vornahme von Schutzimpfungen. Der Impfung unterzogen sich freiwillig 691 Personen (258 männliche, 430 weibliche Personen und 3 ohne Angabe des Geschlechts), d. s. 6,3% der Martener Ortseingesessenen. Darunter befanden sich 427 Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahre. Von den Geimpften sind 1 mal: 152, 2 mal: 232 und 3 mal: 307 geimpft, so daß die Gesamtzahl der Impfungen 1536 betrug. Nach den Beobachtungen der beiden Impfärzte sind Infiltration oder Abszedierung in den Impfstellen nicht aufgetreten. Die Reaktionserscheinungen bestanden aus Kopfschmerzen, leichten Frostanfällen und Hitzegefühl, Schmerzen in der geimpften Brustseite, die bei vielen Impflingen bis in den betr. Arm ausstrahlten. Die lokalen Schmerzen hielten nur für den betr. Abend also 4 bis 6 bis 8 Stunden an, während sich die übrigen Beschwerden erst nach 12 bis 24 Stunden verloren. Anämische Frauen hatten im allgemeinen stärker zu leiden, als gesunde kräftige Personen. Kleine Kinder haben die Impfungen durchweg sehr gut vertragen und nur geringe Beschwerden gehabt. Zwei Frauen haben angegeben, daß sie sich mehrere Tage direkt krank gefühlt hätten; es hat dies jedoch die beiden Frauen nicht abgehalten, sich 3 mal impfen zu lassen. Nachteilige Folgen sind bei keinem der Impflinge beobachtet worden.

1. Erfolg der Impfung: Im ersten Vierteljahr 1918 sind im Landkreise Dortmund 126 Erkrankungen gemeldet worden, davon entfallen auf Marten 17. Diese Zahl ist zwar noch recht hoch, entspricht aber nur einem Siebentel (= $^{1}/_{7}$) der Gesamterkrankungen, gegenüber $^{1}/_{6}$ in normalen Zeiten und $^{3}/_{7}$ des Jahres 1917. Von den 17 Neuerkrankungen des Jahres 1917 entfallen auf den Martener Außenbezirk nur 1, d. ist prozentualiter etwas weniger, als der ihm zukommende Anteil, während sich die Erkrankungsfälle des Martener Außenbezirks zum geschlossenen Ortsteil nicht wie 1917 1 : 4, sondern wie 8 : 4 verhielten. 2. Zugunsten der Schutzimpfung spricht jedenfalls der kritische Abfall der Epidemie im Monat Dezember und besonders die Tatsache, daß von den geimpften Personen bisher keine einzige an Typhus erkrankt ist.

Besprechung.

Prof. Dr. Bruns-Gelsenkirchen: Im Kriege 70/71 sind unter 1 Million Soldaten 75 000 Fälle von Typhus vorgekommen, in den Kriegsjahren 1914/15 unter etwa 6—7 Millionen deutscher Soldaten nur 20 000. Es sind also in diesem Kriege jährlich, auf das Verhältnis der Soldaten berechnet, etwa 480 000 Typhusfälle erspart worden. Bis zum Jahre 1876 betrug die Sterb-

lichkeit 2,5 auf 10000, im Jahre 1915 nur 0,27 ‰; einen wesentlichen Anteil an dieser Verminderung haben jedenfalls die Schutzimpfungen gehabt. Betreffs der Anaphylaxie-Gefahr hebt Redner hervor, daß im Felde viele Millionen geimpft sind, aber bisher keine einzige sichere Anaphylaxie beobachtet worden ist. Es ist nur 1 Todesfall nach einer Typhusschutzimpfung bekannt geworden, der einen Mann betraf, der auch an sich schon ein Todes-Kandidat war, und dem vielleicht die Schutzimpfung den letzten Rest gegeben hat. Die Mortalität ist auf jeden Fall erheblich zurückgegangen.

Bedenken gegen wiederholte Impfungen bestehen jedenfalls nicht. Redner ist selbst bisher 7mal gegen Typhus geimpft worden. Schwerere allgemeine Reaktionserscheinungen werden nur in wenigen Prozenten der Geimpften beobachtet. Der Impfschutz hält nur ½ Jahr an.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Koenig macht auf die gemeinverständliche Belehrung über die Ruhr aufmerksam.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lentz teilt betreffs der Ruhrschutzimpfungen mit, daß jetzt mit einem neuen Ruhrimpfstoff „Dysbacta" nach Stabsarzt Boehncke Versuche angestellt worden sind, die allerdings noch nicht abgeschlossen sind. Ein anderer Impfstoff von Löwenthal, dessen Zusammensetzung bisher nicht bekannt geworden ist, bedarf ebenfalls noch der Nachprüfung.

VIII. Erörterung der Möglichkeit einer systematischen Typhusbekämpfung im Ruhrkohlengebiet nach Art der im Südwesten des Reiches eingeführten.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Koenig: Von 813 Ortschaften des Regierungsbezirks Arnsberg sind bisher in 710, d. s. 88 %, Typhuserkrankungen vorgekommen; in 90 Ortschaften tritt der Typhus dauernd auf, d. s. 11 %. Der ganze Bezirk ist also durchseucht und die Notwendigkeit einer intensiven Bekämpfung liegt vor; es fragt sich nur, ob sie auch möglich ist. Im Saargebiet wird seit 1902 der Typhus systematisch bekämpft. Das Gebiet umfaßt 26000 Quadratkilometer und erstreckte sich auf den Regierungsbezirk Trier, die Pfalz, oldenburgisch Birkenfeld, die Kreise Kreuznach und Meisenheim im Reg.-Bez. Koblenz; es zählt 3550000 Einwohner. Durch die Bekämpfung ist die Erkrankungsziffer von 10,8 auf 4,8 % zurückgegangen. Das Geheimnis dieses Erfolges liegt in dem Zusammenarbeiten von Kreisärzten und Leitern der 6 Untersuchungsanstalten. Es ist gelungen, manche Ortschaften typhusfrei zu machen und zu erhalten.

Wichtig sind vor allen Dingen die „namentlichen Verzeichnisse der Keimträger", zu deren Aufstellung die Kreisärzte nach § 19 der Ausführungsanweisungen zum Landesseuchengesetz vom 28. August 1905 verpflichtet sind. Zu verlangen wäre ferner eine systematische bakteriologische Untersuchung der Kranken und Bazillenträger, sowie ihrer Umgebung. Die Ergebnisse werden dann zweckmäßig in einen Plan eingezeichnet. Redner schlägt deshalb zunächst vor, daß

1. sich die Kreisärzte mit dem Gelsenkirchener Institut ins Benehmen setzen zu gemeinsamen Ermittlungen bei Typhusfällen besonders in noch nicht befallenen und zur Durchsuchung von verseuchten Ortschaften;
2. die Denkschrift des Kaiserlichen Gesundheitsamts aus 1912 möglichst den Kreisärzten zur Verfügung gestellt wird.

Die Vorbedingungen für eine planmäßige Typhusbekämpfung sind wenigstens in Friedenszeiten vorhanden: Es gibt ausreichend Aerzte, Desinfektoren, Krankenhäuser und Pflegepersonal. Er hofft, daß der „Verein zur Bekämpfung der Volkskrankheiten" und die Militärverwaltung dabei unterstützen. Ein eingehender Plan kann zurzeit noch nicht aufgestellt werden, da erst noch Verhandlungen mit den Regierungen in Münster und Düsseldorf gepflogen werden müssen.

Geh. Med.-Rat Dr. Lentz: Die Idee eines Bekämpfungsplans ist nur zu begrüßen; am besten wäre eine einheitliche Bekämpfung in ganz Preußen, daran ist aber vorläufig nicht zu denken. Es müßte dann auch vorher ein Teil der Kreisärzte aus denjenigen Kreisen, in denen der Typhus nur sporadisch auftritt, nach Trier oder Saarbrücken abkommandiert werden, um die dortigen Verhältnisse aus eigener Anschauung kennen zu lernen.

Ob die Denkschrift des Kaiserlichen Gesundheitsamtes den Kreisärzten zugänglich gemacht werden kann, weiß Redner nicht; er glaubt, daß nur noch einige wenige Exemplare vorhanden sind.

Landrat zur Nieden-Gelsenkirchen: Die Ausführungen des Reg.- und Med.-Rats Dr. Koenig berühren die Interessen des Vereins zur Bekämpfung der Volkskrankheiten aufs engste. Der Verein wird seine Unterstützung nicht versagen. Im übrigen ist die Bekämpfung eine Personal- und Kostenfrage. An Personal fehlt es aber während der Kriegszeit, deshalb wird die Typhusbekämpfung eine Friedenssache sein. Bezüglich der Geldfrage muß Redner betonen, daß nicht die ganzen Kosten vom Verein getragen werden können; dieser braucht auch hierfür unbedingt Unterstützung von staatlicher Seite. Das Industriegebiet beansprucht ebenso wie der Südwesten ein allgemeines Interesse; es muß deshalb auch vom Staate etwas Positives geleistet werden. Wenn dieser eine Unterstützung gibt, dann fließen auch sonst Gelder zu. Mit ein paar Tausend Mark vom Staate ist es freilich nicht getan. Es besteht die Absicht, von Hamm bis zum Rhein etwa 5 Laboratorien aufzustellen. Ein Laboratorium kostet jährlich durchschnittlich 20000 Mark; das macht zusammen schon 100000 Mark. Diese 5 Laboratorien sind vielleicht eben ausreichend, besser mehr. Die schon bestehenden Institute in Dortmund, Hagen, Essen und Bochum sind hierin nicht mit einbegriffen; sie sollen ebenfalls mitarbeiten. Der Verein macht jedenfalls mit fliegenden Fahnen mit.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Koenig: Vorläufig wird eine weitere Hilfskraft im Gelsenkirchener Institut und gegebenenfalls ein Hilfsarbeiter vom Militär gebraucht. Wenn zu den 183 bis jetzt bekannten Keimträgern noch mehr herausgefunden sind, dann wird wohl auch vom Herrn Minister am ehesten Hilfe erwartet werden dürfen.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lentz äußert sich im Anschluß hieran mit einigen Worten zur Fleckfieberbekämpfung: Mit dem Frieden im Osten und der Rückwanderung aus der Ukraine wächst die Gefahr des Fleckfiebers. Die Mortalität ist bei den deutschen Erkrankten sehr hoch. Er erinnert an die jüngste Epidemie in Pommern, wo von den russischen Kriegsgefangenen nur wenige, von den Deutschen 50 % starben. Vor allen Dingen sollen sich auch die Kreisärzte mehr als bisher schonen; bei den großen Verlusten an Aerzten muß unter allen Umständen verhütet werden, daß noch mehr Aerzte erkranken oder sterben. Die Hauptgefahr besteht darin, sofort eine exakte Diagnose stellen zu wollen. Das ist aber garnicht nötig. Wenn ein Erkrankungs- und Verdachtsfall gemeldet wird, dann sollen der Kranke und seine Umgebung sofort isoliert, er und die Umgebung entlaust werden. Ist eine Untersuchung nötig, dann wird sie erst nach der Entlausung vorgenommen, ebenso die Blutentnahme. Dabei wird ein Leinenkittel angezogen. Es ist ferner ein gewaltsames Hochheben der Bettdecke zu vermeiden, damit nicht die Läuse verchleudert werden. Weiter sollen Fleckfieberkranke in eisernen Bettstellen liegen, und die Matratzen innerhalb des Gestelles angebracht werden. Die Laus ist kälteempfindlich und kriecht dann nicht auf den Bettrand. Aus diesem Grunde ist es auch besser, die Kranken in kühlen Räumen unterzubringen. Es werden demnächst „Richtlinien für Aerzte“ herausgegeben werden, die sich bereits im Druck befinden.

IX. In welcher Weise schützen wir uns in der Heimat bei der Rückwanderung der Soldaten aus den besetzten Gebieten vor Seuchen?

Stabsarzt Dr. Dietrich-Münster i. W., Vortragender: Gefahr droht uns vom Fleckfieber, von den Geschlechtskrankheiten, von der Cholera und vom Typhus.

Der beste Schutz gegen Fleckfieberverseuchung ist eine möglichst lange Quarantäne. Unsere militärischen Kriegsgefangenen sollen im Etappengebiet untergebracht werden. Dieselbe Art der Internierung ist auch seitens der Zivilgefangenen vorgesehen. Die Internierung richtet sich nach der Dauer der Inkubation. Die Inkubationszeit beträgt für das Fleckfieber nach genauen Beobachtungen 17 Tage. Die Heeresverwaltung hat deshalb die Quarantaine auf 17 Tage festgelegt, während die Zivilbehörde die Quarantaine auf 23 Tage ausdehnen will, weil nämlich noch 2 Entlausungen stattfinden sollen, die erste Entlausung am 1. Tage, die zweite am 5. Tage.

Die Gefahr der Fleckfiebereinschleppung ist besonders groß im Osten; aber auch vom Westen her ist mit starker Verlausung zu rechnen. Das besondere Augenmerk ist stets auf die Entlausung zu richten. Die Entlausung geschieht:

1. mit Dampf; das ist das zweckmäßigste Verfahren; nebenher geht die Entlausung des Kranken; gründliche Reinigung des Körpers mit Seife, Abrasieren der Haare, Einreibungen mit weißer Präcipitätsalbe, oder eine Mischung von Sabadillessig und Kresolseifenlösung;
2. durch heiße Luft, ein Verfahren, das minderwertiger ist, weil die Luft in den Apparaten oder Zellen nicht gleichmäßig erhitzt werden kann, die Luft ist oben sehr heiß und unten kalt;
3. durch das Blausäureverfahren, eventuell mit fahrbaren Apparaten.

Die Geschlechtskrankheiten haben während des Krieges stark zugenommen, weil eine planmäßige Ueberwachung der Prostitution nicht möglich war. Der Schutz besteht in der Quarantäne der erkrankten Krieger und in der Ueberwachung der Dirnen in der Heimat. Die öffentlichen Häuser und die Prostituierten müssen vor allen Dingen aus der Nähe der Bahnhöfe entfernt werden.

Bei der Cholera kommen in Betracht Quarantäne und ärztliche Ueberwachung.

Med.-Rat Köttgen-Dortmund: Mit der Bescheinigung aus dem Osten Zugewanderter, daß sie entlaust seien, ist es allerdings nicht getan. Er erinnert an die Dortmunder Epidemie aus dem Jahre 1916, wo es trotz bescheinigter Entlausung zum Ausbruch einer Fleckfiebererkrankung mit mehreren Kontaktinfektionen kam. Deshalb müssen alle Leute von der Ostfront in der Heimat noch einmal entlaust werden und zwar gebührenfrei; daran muß sich eine 3 wöchentliche Ueberwachung anschließen, die in schonender Form vorzunehmen ist. Wichtig ist, daß den Kreisärzten die Zuwanderung von Flüchtlingen sofort bekannt gegeben wird. Redner hat sich dieserhalb an die Dortmunder „Kriegshilfe für Kriegsgefangene" gewandt. Notwendig ist, daß die Meldung der Kriegshilfe sofort direkt an den Kreisarzt erstattet wird, damit sofortige Entlausung erfolgen kann, was auf dem üblichen Wege über die Polizeiverwaltung, Landrat usw. nicht möglich ist. Leider kann eine nochmalige Entlausung gesetzlich nicht erzwungen werden. Man hat sich in Dortmund so geholfen, daß jeder, der sich als Flüchtling meldet und sich nochmals entlausen läßt, 10 Mark Belohnung erhält. Schutzüberkleider aus gummiartigem Stoff sind in Dortmund für Aerzte und Desinfektoren beschafft.

Was die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten angeht, so hat sich die „Beratungsstelle für Geschlechtskranke" als zweckdienlich erwiesen; weitere Inanspruchnahme ist anzuraten.

Zum Schluß weist Redner darauf hin, daß auch mit dem Auftreten von Malaria gerechnet werden muß. Unklare Fieberfälle sollen bakteriologisch verfolgt werden.

Stabsarzt Dr. Dietrich: Gegen Fleckfieberinfektion schützen wir uns am besten durch Regenhäute oder -Mäntel aus möglichst glattem geöltem Stoff. Die Beinkleider müssen in hochschäftigen Stiefeln stecken.

Bezüglich der Malaria macht Redner noch auf die Malaria der Kinder aufmerksam. Unregelmäßiges Fieber bei anämischen, rachitischen Kindern erweckt stets Verdacht auf Malaria. In diesen Fällen ist eine bakteriologische Untersuchung vorzunehmen, am besten in folgender Form: Man macht 1. einen dünnen Ausstrich auf einem Objektträger, der nur lufttrocken gemacht und nicht durch die Flamme gezogen wird und 2. den dicken Tropfen: ein Tropfen wird auf den Objektträger gebracht und mit der Ecke eines anderen Objektträgers ausgestrichen. Auch an Rekurrens ist bei unklarem Fieber zu denken.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Koenig dankt Herrn Dr. Köttgen für die Mitteilung betr. Kriegsgefangenenhilfe, spricht sämtlichen Teilnehmern der Sitzung für ihr reges Interesse sowie dem Schriftführer, Kreisarzt Dr. Weber-Dortmund, seinen Dank aus und schließt die Versammlung um 5¼ Uhr.

Dr. König-Arnsberg.

Besprechungen.

Prof. Dr. A. Keller-Berlin und **Prof. Dr. Walter Birk**-Kiel: **Kinderpflege-Lehrbuch.** Dritte vollständig umgearbeitete Auflage. Mit 43 Figuren im Text Berlin 1917. Verlag von Julius Springer. 8°, 125 Seiten. Preis: geb. 2,40 Mark.

Vor allem ist in dieser neuen Auflage der Abschnitt über die Körperpflege des gesunden Kindes neu dargestellt. Mir ist besonders gegenüber den früheren Auflagen aufgefallen, daß die vielen entbehrlichen Fremdwörter jetzt fehlen oder mit der deutschen Erklärung gegeben werden. Hierdurch hat das kl. Buch sehr gewonnen. Gegenüber den zahlreichen ähnlichen Büchern, die in letzter Zeit erschienen sind, bringt das K.-B'sche Buch auch Anweisungen für das Spielalter und zahlreiche Kochvorschriften, so daß es auch neben den Grundrissen der Säuglingskunde mit Vorteil angeschafft werden kann.

Dr. Rissmann-Osnabrück.

Tagesnachrichten.

Durch Allerhöchsten Erlaß vom 4. März ist der **Sitz des Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg nach Charlottenburg verlegt** und als Zeitpunkt für diese Verlegung durch Erlaß der Minister des Innern und der Finanzen vom 10. Mai 1918 der 1. Juni d. J. festgesetzt.

Um ein schnelles, kraftvolles und erfolgreiches Vorgehen gegen die Gefahr einer Wohnungsnot sowie die Durchführung des neuen preußischen Wohnungsgesetzes zu sichern, sind durch Allerhöchsten Erlaß vom 15. Mai d. J. sämtliche Angelegenheiten des Wohnungswesens, die bisher unter verschiedenen Ministern verteilt waren, dem Präsidenten des Staatsministeriums übertragen und ihm zu deren Bearbeitung als ständiger Vertreter ein **Staatskommissar für Wohnungswesen** beigegeben. Gleichzeitig ist der Unterstaatssekretär im Ministerium der öffentlichen Arbeiten Wirkl. Geh. Rat Dr. jur. Freiherr v. Coels von der Brügghen dazu ernannt.

Aus dem Reichstage. Bei Beratung des Haushalts für das Reichsversicherungsamt (vom 7. und 8. Mai d. J) wurde vom Zentrum eine **Erhöhung der Höchstgrenze für die Pflichtbeamtenversicherung** von 2500 auf 4000 Mark und für die Versicherungsberechtigten von 4000 auf 5000 Mark beantragt; von sozialdemokratischer Seite wurde eine noch weitere Erhöhung gefordert und gleichzeitig verlangt, daß die **Berufskrankheiten in die Unfallversicherung** einbezogen werden müßten. — In der Sitzung vom 10. Mai gab der Ministerialdirektor im Reichsamt des Innern Dammann auf eine kurze Anfrage des Abg. Dr. Müller-Meiningen über die regierungsseitig in Aussicht genommenen Maßregeln gegen die durch die schlechte wirtschaftliche Lage dem **Aerztestand und der öffentlichen Gesundheitspflege drohenden Gefahren** folgende Antwort: „Unterlagen dafür, daß Tausende von deutschen Aerzten durch den Krieg in eine wirtschaftliche Notlage geraten sind, sind hier nicht vorhanden. Die zur Gewinnung solcher Unterlagen erforderlichen Rückfragen, insbesondere bei dem preußischen Minister des Innern, haben sich in Kürze der Zeit nicht erledigen lassen. Daß in vielen, namentlich ländlichen Gebieten ärztlicher Mangel herrscht, ist der Regierung bekannt. Reklamationen zur Abstellung dieser Notlage wird, soweit es die militärischen Verhältnisse irgend gestatten, Folge gegeben. Es konnten bisher fast sechzig Prozent der Anträge auf Reklamation entsprochen werden."

In derselben Sitzung gelangte eine Resolution des **Ausschusses für Wohnungswesen** zur Annahme, in der Maßnahmen gegen die bestehende und nach dem Kriege sich noch verstärkende **Wohnungsnot** vorgeschlagen wurden. Danach soll die Leitung einer planmäßigen Wohnungserstellung nach dem Kriege und die Organisierung aller dafür im Reiche vorhandenen öffentlichen Kräfte das Reichswirtschaftsamt als Zentralstelle für Uebergangswirtschaft übernehmen. 500 Millionen sollen aus Reichsmitteln zwecks Gewährung von Bauzuschüssen und billigen Darlehen sowie zur Bildung eines Bürgschaften-

fonds bereitgestellt werden. Die Bundesstaaten und Gemeinden sollen sich für die Neubautätigkeit mindestens in gleichem Umfange wie das Reich an der Aufbringung von Mitteln beteiligen. Ferner wird die baldige Wiederinbetriebsetzung der Baustoffindustrie und die Abgabe der bei der Heeresverwaltung freiwerdenden Baumaterialien zu billigen Preisen an die Gemeinden verlangt. Luxusbauten sollen bis auf weiteres ganz zurückgestellt, Familienwohnbaracken zur ersten Unterbringung Wohnungsloser errichtet und nach Friedensschluß sofort mit dem Bau von Dauerkleinwohnungen möglichst in Flachbau begonnen werden.

Der **Ausschuß des preußischen Abgeordnetenhauses zur Vorbereitung bevölkerungspolitischer Maßnahmen** hat in seiner letzten Sitzung eine Entschließung angenommen, wonach das Haus der Abgeordneten der Vereinigung für Familienwohl in Düsseldorf für die Gewährung einer Ehrengabe an kinderreiche Mütter Dank und Anerkennung aussprechen soll. Ferner wurde ein Antrag angenommen, wonach die Staatsregierung die Gewährung von **Erziehungsbeihilfen an kinderreiche Familien** nähertreten, ein weiterer Ausbau der **Steuernachlasse** gegenüber solchen Familien (Ausdehnung des Kinderprivilegs auf Einkommen über 9500 M.) herbeiführen und durch geeignete Bestimmungen den Zusammenhang der **Minderjährigen** mit dem Elternhause erhalten und festigen soll. Spätestens bis zum 1. Oktober 1919 soll eine Ermittelung des Familienstandes vorgenommen werden. Außerdem wurde beschlossen, die Staatsregierung zu ersuchen, den Gemeinden zu empfehlen, bei jedem neugeborenen Kinde ein Sparkassenbuch mit einer kleinen Einlage den Eltern auszuhändigen.

In der **zweiten Kammer des Badischen Landtages** gelangte in der Sitzung vom 7. Mai eine **Petition der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene** zur Verhandlung, in der behufs Hebung der Volkskraft durch Gründung eines sozialhygienischen Instituts, Errichtung von sozialhygienischen Kollegien und Kursen, Einführung der allgemeinen Familienversicherung, weitere Ausdehnung der schulärztlichen Untersuchungen und Bildung eines besonderen Ausschusses für soziale Hygiene gebeten wurde. Nach längerer Beratung, in der von Vertretern aller Parteien die Bestrebungen der Gesellschaft für soziale Hygiene als verdienstreich anerkannt wurden, wurde dem Antrage des Ausschusses gemäß beschlossen, der Regierung zu empfehlen, die bestehenden hygienischen Institute der beiden Landesuniversitäten nach der Richtung sozialhygienischer Errichtungen möglichst weiter auszubauen und dafür zu sorgen, daß durch Abhaltung von Kursen an diesen Instituten wie an der Karlsruher Hochschule die Ergebnisse der sozialhygienischen Forschung weitesten Kreisen zugänglich gemacht würden. Weiterhin wird die Bitte betreffs Errichtung der Familienversicherung der Regierung empfehlend mit der Maßgabe überwiesen, daß sie alles in finanzieller und individueller Hinsicht Mögliche tun möge, damit die Familienversicherung tunlichst auf weitester Grundlage verallgemeinert werde. Desgleichen wurde die Bitte um weitere Ausdehnung der schulärztlichen Untersuchungen der Regierung empfehlend überwiesen, dagegen bei derjenigen betreffs Errichtung eines besonderen Ausschusses für soziale Hygiene Uebergang zur Tagesordnung beschlossen.

In **Ungarn** ist jetzt durch Verfügung des Ministers des Innern die **Anzeigepflicht** bei **Erkrankungen von Lungen- und Kehlkopfschwindsucht, Knochen- und Drüsentuberkulose** sowie bei Todesfällen infolge dieser Krankheit eingeführt. Die Anmeldung ist ferner obligatorisch, wenn der Kranke mit anderen zusammenwohnt und seine Wohnungsgenossen der Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind oder einer der Kranken in einem öffentlichen Lokal, in einer Lebensmittelhandlung usw. angestellt ist. Dasselbe gilt betreffs Erkrankungen an Tuberkulose unter dem Lehrpersonal oder den Zöglingen einer Schule. Bei Todesfällen ist der Leichenschauer zur Anzeige verpflichtet, bei Erkrankungen der behandelnde Arzt bezw. der Familienvorstand oder Haus-

besitzer. Bei Todesfällen und Wohnungswechsel müssen die betreffenden Wohnungen gründlich desinfiziert werden; die Desinfektion erfolgt unentgeltlich.

In **Sterkrade** (Reg.-Bez. Düsseldorf) haben die Stadtverordneten die Anstellung eines **Stadtarztes** im Hauptamt beschlossen.

Im Februar d. J. hat in Melle (Reg.-Bez. Osnabrück) eine Versammlung zwecks Besprechung der **Säuglings- und Kleinkinderfürsorge für den Kreis Melle** unter dem Vorsitz des dortigen Landrats stattgefunden, an der außer Vertretern von Frauenvereinen auch eine größere Anzahl von Hebammen teilnahmen. Nach Begrüßung der Versammlung durch den Vorsitzenden beantragte der zuständige Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Heilmann nach eingehender Begründung, daß die Hebammen die Säuglingsfürsorge übernehmen und Hebammenschwestern genannt werden sollen (später vorgeschriebene Kleidung), da sie die jetzt erforderte Arbeit schon seit Jahren freiwillig leisten und das Vertrauen der Bevölkerung genießen. Der Vorsitzende teilte hierauf die für die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Aussicht genommenen Maßnahmen mit:

1. Die Standesämter sollen ersucht werden, jeden Geburtsfall der vom Vaterländischen Frauenverein errichteten Ortsstelle für Säuglingsfürsorge durch Postkarte alsbald mitzuteilen.

2. Die Hebammen zeigen der Ortsstelle diejenigen Geburtsfälle an, in denen nach ihrem pflichtmäßigen Ermessen eine Fürsorge erforderlich ist. Eine gleiche Anzeige erstatten sie dem zuständigen Arzt.

3. Der Arzt teilt der Ortsstelle mit, ob und in welcher Hinsicht Fürsorge geboten ist.

4. Die Ortsstelle übernimmt alsdann gemeinsam mit der Hebamme die Fürsorge.

5. Die Wöchnerinnen und deren Kinder, insonderheit die in Fürsorge genommenen, werden ein Jahr lang mindestens einmal monatlich von der Hebamme besucht; letztere berichtet über den Befund der Ortsstelle, die g. F. dann das Erforderliche veranlaßt.

6. Für die Beschaffung guter Kindermilch, Nahrung, Kleidung und Wäsche sorgt erforderlichenfalls ebenfalls die Ortsstelle.

7. Die durch die Uebernahme der Fürsorge erwachsenden Kosten, insonderheit die den Aerzten und Hebammen zu zahlenden Vergütungen werden aus den dem Vaterländischen Frauenverein zur Verfügung stehenden Vereinsmitteln und den demselben gewährten Zuschüssen des Provinzialausschusses für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, sowie des Kreises usw. bestritten.

8. Von der Errichtung einer Mutter-Beratungsstelle, sowie von der Ausbildung und Anstellung einer Säuglingspflegerin soll vorläufig Abstand genommen werden.

Eine der anwesenden Hebammen erklärte im Namen der übrigen Hebammen, daß diese bereit seien, die Säuglingsfürsorge in der verlangten Weise zu übernehmen. Es wurde danach beschlossen, daß jedes Kind bis zum Abschluß des ersten Lebensjahres jeden Monat besucht werden soll, falls die Mutter einverstanden ist. Hiermit soll baldmöglichst angefangen werden. Die Mutter soll der Hebamme jeden Besuch, der auch der betreffenden Vertrauensdame des Vaterländischen Frauenvereins zu melden ist, bescheinigen. Die Vergütung für diese soll nach den Erfahrungen des ersten halben Jahres festgesetzt werden.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt der Res. und Korpshygieniker Dr. Schirow, Kreisarzt in Gummersbach.

Stabsarzt der Res. und Korpshygieniker Dr. Wollenweber, Kreisarzt in Dortmund.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz des Königl Würtembergischen Kronenordens: dem Ob.-Med.-Rat Dr. Camerer in Stuttgart; — der Titel und Rang eines außerordentl. Professors: dem Privatdozenten Dr. Weitz in Tübingen.

Gestorben: Med.-Rat Prof. Dr. O. v. Oesterlen, früher Oberamtsarzt in Tübingen.

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Dr. Max Wilms in Heidelberg.

---

31. Jahrgang; Nr. 12.  Ausgegeben am 20. Juni 1918.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:

Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.

Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.

Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 12 am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: der Titel Professor: dem Privatdazenten Dr. Kautorowicz in Bonn und dem Dr. Stein in Königsberg i. Pr.; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Denker in Halle a. Saale, dem Geh. Med.-Rat Dr. Kuhnt, Kreisarzt a. D. in Neuruppin; —

das Verdienstkreuz für Kriegshilfe: Med.-Rat Prof. Dr. Lochte in Göttingen.

Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung des Herzoglich Anhaltischen Friedrich Kreuzes am grün-weißen Bande: den Geh. Med.Räten Prof. Dr. Anton und Prof. Dr. Bunge in Halle a. S.; — des Offizierkreuzes mit Schwertern des Fürstl. Waldeckschen Verdienstkreuzes: dem Geh. Med.Rat Prof. Dr. König in Marburg; — des Großherl. Türkischen Medschidjeordens III. Klasse: dem a. o. Prof. Dr. Bickel in Berlin.

Ernannt: der bisherige Privatdozent Prof. Dr. Martin Gildemeister zu Berlin zum außerordentlichen Professor; der praktische Arzt Dr. Margulies in Kolberg zum Kreisarzt daselbst; die Geh. Med.-Räte und Professoren Dr. His, Dr. Kilian und Dr. Wassermann in Berlin zu ordentlichen Mitgliedern der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen.

Versetzt: Der Kreisarzt Dr. Landsbergen in Soegel (Kreis Hümeling) nach Hoya.

In den Ruhestand getreten: Die Kreisärzte Geh. Med.-Rat Dr. Richter in Berlin und Med.-Rat Dr. Schilling in Freystadt in Schlesien.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lesser in Berlin.

Königreich Bayern.

Ernannt: Die prakt. Aerzte Bahnarzt Dr. Moritz Dorsch in Donauwörth zum Bezirksarzt in Nabburg, bezirksärztlicher Stellvertreter und Bahnarzt Dr. Otto Rüdel in Heilsbronn, B.-A. Ansbach, zum Bezirksarzt in Alzenau

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Professor: dem Privatdozenten Dr. Gregor, Oberarzt an der Landesanstalt Leipzig-Dösen; — der Titel und Rang eines Medizinalrats: dem Stadtbezirkarzt Dr. Hauffe in Chemnitz sowie den Oberärzten an den Landesanstalten Dr. Böttcher in Colditz, Dr. Geist und Dr. Böttcher in Hochweitzschen, Dr. Schlegel in Arnsdorf, Dr. Volkmann in Zwickau, Dr. Heinicke, Leiter der Anstalt in Waldheim, Dr. Rentsch und Dr. Dost in Sonnenstein; — der Titel und Rang eines Sanitätsrats: den Gerichtsassistenzärzten Dr. Otto in Bischofswerda und Dr. Kay in Wolkenstein; — das Ritterkreuz I. Klasse des Verdienstordens: den Ober-Med.-Räten Dr Hertzsch in Leipzig und

(Fortsetzung der Personalien auf der vorletzten Seite des Umschlags.)

31. Jahrg. **Zeitschrift** 1918.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 12.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Juni.

Tod durch Zusammenwirken von Erwürgen und Leuchtgasvergiftung.

Von Privatdozent Dr. Döllner, Gerichtsarzt in Duisburg.

Ein Arbeiter hatte in Abwesenheit seiner rechtmäßigen Frau eine andere Frauensperson mit zwei Kindern in seinen aus ihm und einer 8 jährigen Tochter bestehenden Haushalt aufgenommen. Nach Rückkehr seiner Frau, der er den Zutritt zur Wohnung verweigerte, hörte man ihn früh um 4 Uhr mit der Frauensperson das Haus verlassen, um 7 Uhr zurückkehren und fand ihn um 11 Uhr im Schlafzimmer sitzend vor, während die Frau, sein eigenes Kind und die zwei Kinder der Frau als Leichen, gewaschen und zurecht gerichtet, in dem glatt gestrichenen Bette lagen.

Vom Gericht zur Leichenbesichtigung zugezogen fand Berichterstatter bei allen 4 Leichen ein eigenartiges Bild, das zum Teil auf eine Kohlenoxydvergiftung, zum Teil auf Erstickung durch mechanischen Verschluß der Atemwege, und zwar nach den Spuren an der Haut des Halses, auf Erwürgen schließen ließen.

Zunächst war es die Farbe, Ausdehnung und Form der Leichenflecken, die auffielen. In großen Flächen alle abhängigen Körperstellen außer den Druckstellen bedeckend und nur an den Rändern noch einige Flecken, wie vorgelagerte Inseln, vor sich herschiebend, zeigten sie weder die livide rötliche Färbung der gewöhnlichen Totenflecke, noch die blaue der Erstickung, noch die hellrote der Kohlenoxydgasvergiftung, sondern eine intensiv rot-blaue — etwa jener Farbe ähnlich, die die Polen als „amaranthrot" bezeichnen — und zwar in einer sehr farbenkräftigen Tönung, an den Rändern nicht allmählich abblassend, sondern sich scharf gegen die Umgebung absetzend. Die große und flächenhafte Ausdehnung ließ darauf schließen, daß das Blut flüssig geblieben war. — Die am Halse noch vorhandenen Spuren (s. Obduktionsbefund) wiesen auf Erwürgen hin; doch fehlten wieder manche Zeichen, die den Tod nur durch mechanische Behinderung der Atmung hätten erklären können und insbesondere widersprach die Beimischung des intensivroten Farbentones in den Leichenflecken.

Starre bestand bei der Besichtigung — nachm. $5^1/_2$ Uhr — bei allen Leichen in sämtlichen Gelenken; bei allen war auch bereits deutlicher, bei der Frau und dem größten Mädchen sehr starker Verwesungsgeruch wahrzunehmen.

Ein Ofen war im Zimmer nicht vorhanden, die Oeffnungen und Ritzen an den Fenstern waren mit Watte ausgestopft, in dem Gasrohr an der Decke steckte ein Kork. Die Möglichkeit einer Leuchtgasvergiftung lag demnach vor; Kohlendunst war ausgeschlossen.

Es wurde daher die Diagnose gestellt: Erstickung durch Zusammenwirken von Leuchtgasvergiftung mit Erwürgen mittels der Hand.

Diese Annahme bestätigte in der Tat der inzwischen herbeigeholte Täter durch seine Aussage, daß er gemäß Verabredung mit der Frauensperson, zuerst nach Verstopfen aller Ritzen Leuchtgas in das Zimmer habe einströmen lassen und erst als die Unruhe und das Erbrechen der Kinder die Aufmerksamkeit der Nachbarfamilie (getrennt durch eine tapezierte Bretterwand) zu erwecken drohte, mit der Hand zugegriffen habe. Dann sei er mit der Frau weggegangen, um sich mit ihr — zusammengebunden — in den Kanal zu stürzen; auf den Wunsch der Frau, bei den Kindern zu liegen, seien sie um 7 Uhr in die Wohnung zurückgekehrt. Dort habe sich die Frau zu Bette gelegt und er habe ihr nun den Hals zugehalten, wobei sie seinen Unterarm umfaßt und gegen ihren Hals gepreßt habe. Darauf seien ihm die Sinne geschwunden und das Bewußtsein sei ihm erst wiedergekehrt, als um 11 Uhr zwei Polizisten vor ihm standen.

Aus den Niederschriften der Leichenöffnungen seien die in Betracht kommenden Befunde mitgeteilt:

1. **Mädchen A.** Unmittelbar vor der Kinn-Halsfalte, 5 cm rechts von der Mittellinie allmählich — nicht scharf abgesetzt — beginnend, die Mittel-

linie überschreitend und bogenförmig in einer Länge von 7 cm nach links zum Kieferwinkel ansteigend ein blauroter Hautstreifen, der links unterhalb des Kinns eine weiße, nach unten gebogene Hautstelle zwischen sich läßt, in einer größten Länge von 1,5 und einer größten Breite von 0,6 cm. Auf Einschnitten finden sich hier keine freien Blutaustritte; die Oberhaut ist unverletzt.

Blutleiter mit schwarzrotem,[1]) dünnflüssigem Blut zu zwei Dritteln gefüllt; Schlag- und Saugadern der harten Hirnhaut halb, jene der weichen Hirnhaut strotzend gefüllt. Blut aus den Weichteilen kirschrot. Hirngewebe feucht und sehr blutreich.

In den Weichteilen des Halses und in den Gefäßscheiden nirgends frei ergossenes Blut. Innenhaut beider Halsschlagadern unverletzt.

Im Herzbeutel 80 ccm rötliche Flüssigkeit. Auf der Außenseite des Herzens und zwar auf der Vorder- und Hinterwand der linken Kammer zahlreiche freie Blutaustritte von Punktgröße bis zu einer streifenförmigen Blutung von 1,2 : 0,3 cm. Herzfleisch fest zusammengezogen, von frisch roter Farbe. In der linken Kammer ein Teelöffel voll flüssigen dunkelroten Blutes. Blut aus den durchtrennten Weichteilen kirschrot.

Lunge dunkelrot, mit helleren die Oberfläche überragenden Feldern, Durchschnitte blutreich, Gewebe überall knisternd und weich, Schleimhaut der Luftröhrenäste rosa.

Nieren sehr blutreich, ebenso Leber.

Die durchschnittenen Muskeln sind hellrot, das Blut in dünnen Schichten krapprot, in dicken Schichten schwarzrot ohne bläulichen Unterton.

2. Mädchen M. Leichenflecke wie bei der Besichtigung.

Am Halse, in der Kinn-Halsfalte, 4 cm rechts von der Mittellinie beginnend, letztere nach links um 11 cm überschreitend, schräg gegen den linken Warzenfortsatz ansteigend, findet sich eine blaurote Hautstelle von einer größten Breite von 1 cm, von welcher eine bogenförmige Stelle ausgespart ist in einer Länge von 1 : 5 cm und größten Breite von 0,3 cm. Auf Einschnitten kein freier Blutaustritt.

Beiderseits auf der Oberfläche der Schläfenmuskeln zahlreiche hirsekorngroße freie Blutungen. Gefäße der harten Hirnhaut leer, jene der weichen fast bis zur vollen Rundung gefüllt, sämtliche Blutleiter zur Hälfte mit kirschrotem Blute gefüllt. Gewebe des Gehirns sehr blutreich und feucht. Im Zellgewebe des Halses und den Gefäßscheiden keine Blutung; Innenhaut der Schlagadern unverletzt. In der rechten birnförmigen Bucht 4 punktförmige Blutaustritte unter der Schleimhaut. Kehlkopfeingang, Kehlkopf und Luftröhre zur Hälfte mit schaumigem, gelblichem Schleim gefüllt.

Auf der Vorder- und Hinterseite der linken Herzkammer zahlreiche Blutaustritte. Herzfleisch fest zusammengezogen.

Lunge blaurot, mit hellen überragenden Feldern; in den Luftröhrenästen gelblicher Schleim; Saugadern stark gefüllt.

Beide Nieren blutreich; desgleichen die Leber.

Das Blut zeigte dasselbe Verhalten wie bei Fall 1.

3. Knabe M. Leichenflecke, Starre und Verwesungsgeruch wie bei Nr. 1. An der Haut des Halses, am rechten Warzenfortsatz beginnend, sich bogenförmig nach unten bis zum Zungenbein erstreckend von diesem nach links, wiederum bis zum Warzenfortsatz emporsteigend ein blutroter Streifen, der an der breitesten Stelle — nämlich unter dem rechten Kieferwinkel — 2,8 cm breit ist und unter der linken Kinnhälfte eine weiße Hautstelle freiläßt, die sich bogenförmig von oben nach unten einschiebt in einer Breite von 2,5 cm und größten Tiefe von 0,8 cm. An der breitesten Stelle und unter dem rechten Warzenfortsatze findet sich im Unterhautgewebe je eine freie Blutung. Unter der linken Unterkieferkante, in der Mitte zwischen Kinnspitze und linkem Kieferwinkel ist ein Stückchen Oberhaut entfernt, 1 cm lang, 0,4 cm breit, lederhart eingetrocknet (Kratzwunde); im Unterhautgewebe hier frei ergossenes Blut.

Knöchernes Schädeldach durch starken Blutgehalt blaurot gefärbt. Die Gefäße der harten Hirnhaut halb gefüllt, Längsblutleiter leer; rechter querer

[1]) Etwa einer Mischung von Karminlack mit Lampenschwarz entsprechend.

zur Hälfte, linker querer prall gefüllt mit kirschrotem flüssigem Blute. Gefäße der weichen Hirnhaut halb gefüllt. Hirngewebe feucht und blutreich.

Halsorgane ohne Besonderheit. Schleimhäute rosa

Im Herzbeutel ein Teelöffel rötliche Flüssigkeit. Auf der Hinterseite der rechten Herzkammer 4 bis gerstenkorngroße Blutaustritte. Herzfleisch fest zusammengezogen.

Lungen blaurot, mit helleren überragenden Feldern, blutreich, knisternd; in den Luftröhrenästen viel gelber Schleim; Schleimhaut gequollen, graurot.

Das Gewebe der Milz, die 9 : 5 : 2 cm mißt — NB.: 2jähriges Kind — etwa zur Hälfte mit hirsekorngroßen Blutungen dicht durchsetzt.

Linke Niere sehr blutreich; auf der Vorderfläche 2 linsengroße Blutaustritte. An der r. Niere der obere Pol von einer flächenhaften Blutung bedeckt.

Leber blutreich. — Blut wie oben.

4. Frau M. Leichenflecke, Starre und Verwesungsgeruch wie oben. Ein bei der Leichenbesichtigung gefundener Streifen großblasigen weißen Schaumes, der sich vom Munde zur linken Wange zog, ist bei der Leichenöffnung — wohl während des Transportes entfernt. — Die Druckstellen der Rockbänder sind rot gefärbt. Die Umgebung des Afters und beide Oberschenkel sind mit Kot stark beschmutzt.

Am Unterrand des Unterkiefers, unmittelbar am l. Kieferwinkel, eine eine braune, pergamentharte Hautstelle, 1 cm lang, 0,4 cm breit; einen Zentimeter vor dieser eine gleiche von gleichen Verhältnissen (Kratzwunden); im Unterhautgewebe hier freie Blutaustritte.

Am Halse, unmittelbar unter der Kinn-Halsfalte, 4 cm rechts von der Mittellinie allmählich beginnend, die Mitte überschreitend und nach links oben 10 cm gegen den Warzenfortsatz hinansteigend eine rote Hautstelle, die an der breitesten — 4 cm — Stelle verschiedene wagrecht verlaufende weiße Hautstreifen zwischen sich läßt; im Unterhautgewebe kein Blut. Lippen geschlossen, Zungenspitze liegt zwischen den Zähnen.

Harte Hirnhaut weitgehend mit dem Schädeldach verwachsen, weißgelblich und glanzlos; ihre Schlagadern halbgefüllt, die Saugadern leer, Gefäße der weichen Hirnhaut $^{1}/_{4}$ gefüllt. Aderplatten prall gefüllt. Sämtliche Blutleiter leer., Hirngewebe blutreich und feucht.

Im Kehlkopf chronischer Schleimhautkatarrh. Lzftröhrenschleimhaut aufgelockert und stark gerötet. Kehlkopfgerüst unverletzt. Zungenbein und rechte Herzkammer strotzend mit kirschrotem Blut gefüllt, die übrigen Herzhöhlen leer, das Herzfleisch lila und hart.

Lunge rotblau, knisternd, blutreich, in den Luftröhrenästen gelber Schleim; es läßt sich etwas rötliche schaumige Brühe aus dem Gewebe ausdrücken. Gewebe der Nieren und der Leber bereits stark zerweicht.

Die stark erweiterte und geschlängelte große Saugader des Bauches enthält sehr viel kirschrotes Blut.

Außerdem fand sich Schwangerschaft, Mitte des 1. Monates.

Bei allen Leichen, vornehmlich bei jener der Frau, hatten die Leichenflecken in den zwei zwischen Besichtigung und Obduktion liegenden Tagen an Farbenintensität verloren und zugleich an den Randteilen einen hellroten Ton angenommen. Von allen Leichen war Blut entnommen, das bei der chemischen Untersuchung nach Kunkel-Schulz und Hoppe-Seyler positiv reagierte und am Spektroskop die bekannten zwei Streifen ohne Reduktion durch Schwefelammonium zeigte, während bei einer Kontrollprobe prompt die Reduktion eintrat.

Bei einer nach der Leichenöffnung vorgenommenen eingehenden Befragung machte der Täter dem Berichterstatter nachfolgende Angaben:

Der Pfropfen war aus der Gasleitung nur etwa 5 Stunden entfernt. Nach dem Tode der Kinder (früh $8^{1}/_{2}$ Uhr) wurden die Fenster geöffnet. Frau M. half die Kinder waschen und zurechtlegen. Frau M. hatte zuerst tief ge-

atmet, um viel Gas zu bekommen; alle lagen im Bett. Sie war dann mit dem Täter von 4—7 Uhr an der frischen Luft, zeigte keinerlei körperliche oder geistige Zeichen von einer Einwirkung des Gases. Der Täter behauptet, ebenfalls im Bette gelegen zu haben, von dem Einflusse des Gases habe er nichts gespürt; nur nach 8 Uhr sei er bewußtlos gewesen, bis etwa 11 Uhr. Das Erwürgen habe er durch Druck der aufgelegten Hand von oben nach unten ausgeführt, nicht durch seitliches Zusammenquetschen der Finger; wie lange er bei den einzelnen den Hals zugedrückt habe, könne er nicht angeben.

Das Mädchen 1. sei um 2 Uhr 20, Mädchen 2. um 3 Uhr, Knabe 3. um $3^1/_2$ Uhr tot gewesen, die Frau 4. kurz vor 8 Uhr.

Vergleicht man nun die sachlichen Befunde der Leichen, die Angaben des Täters und die Feststellungen der Literatur, so kommt man zu folgenden Erwägungen:

Im allgemeinen bezeichnet die gesamte Litratur[1]) einheitlich die Farbe des Blutes, als „kirschrot", jene der Leichenflecke und Schleimhäute als „hellrot". Aber eine mir zurzeit nicht zugängliche, meines Wissens von Ziemke stammende Arbeit vor etwa 4 Jahren hat schon einmal darauf hingewiesen, daß mit dem stets übernommenen Ausdruck „kirschrot" die Sache doch nicht erschöpft ist. Erstens gibt es Kirschen vom hellen Weißrot bis zum Schwarzrot der süßen Herzkirsche und zweitens muß jeder, der öfters Kohlenoxydleichen — gleichgiltig ob durch Einwirkung von Kohlendunst oder Leuchtgas — sieht, doch sagen, daß auch bei solchen die Farbe der Intensität, der Nüance und dem Mischungsverhältnis nach wechselt. Nach meinen Erfahrungen ist das Typische das stete Ueberwiegen des roten Farbentones über den blauen, die scharfe Abgrenzung der Flecken und — gemäß dem flüssigen Zustande des Erstickungsblutes — die rasche, ausgedehnte, in großen Flächen geformte Ausdehnung der Leichenflecke.

Wenn bei den geschilderten Fällen die deutliche Rotfärbung zwar zu erkennen, jedoch nicht allein beherrschend war, so erklärt sich dies daraus, daß bei Verzögerung der Gaswirkung mittels Zudrücken des Halses die endgiltige Erstickung erzielt wurde, wofür sich bei den Kindern auch die typischen Zeichen fanden: Blutaustritte am Herzen, an den Nieren, Blutreichtum von Gehirn, Nieren und Leber, teilweise Blutstauung in den Gefäßbahnen der Gehirnhäute, Flüssigbleiben des Blutes.

Auch die Qualität des Blutes wies auf Kohlenoxydgehalt hin, selbst dort, wo es „schwarzrot" erschien; es war dann dieses „schwarzrot" nicht wie sonst eine sehr tiefe Nüance mit einem blauen Nebenton, sondern tatsächlich eine Mischung, die in dicker Schicht schwarz, an den dünneren Rändern aber fast krapprot erschien; dieses macht tatsächlich oft den Eindruck wie Saft der dunkelen Sauerkirsche.

Bei der Frau, die doch von 4—7 Uhr an der frischen Luft gewesen war, zeigte sich diese Qualität des Blutes ebenso deutlich wie bei den unmittelbar nach der Gasaufnahme erwürgten Kindern — ein Beweis für die große Affinität des

[1]) Frey: Akute Vergiftungen. — Flury: Symptome und Leichenbefund bei den wichtigsten Vergiftungen; — Gottschalk, Hofmann u. s. f.)

Kohlenoxydes zum Hämoglobin. Es dürfte auch mitwirken, daß das Gas zwar in stark verdünntem Zustand, aber zeitlich sehr ausgedehnt — von abends 10 bis früh 4 Uhr — eingewirkt hat. Das Leitungsrohr war nämlich sehr dünn, die Oeffnung unmittelbar unter der Zimmerdecke; daher auch die langsame und geringe Wirkung und das Nichtauffallen des Gasgeruches für die Nachbarschaft.

Völlig eindeutig wurde das Bild bei der chemischen und spektroskopischen Untersuchung des Blutes: Sowohl die Probe mit Natronlauge, als mit 3 %ige Tanninlösung fiel positiv aus; das Spektrum zeigte die 2 bekannten, durch Schwefelammonium nicht verschmelzbaren Streifen zwischen D und E, während bei einer Kontrollprobe prompt die Reduktion d. h. die Verschmelzung der beiden Absorptionsstreifen eintrat. Es enthielt also auch das dunkelrote Blut reichlich CO, und zwar dasjenige der Frau, trotz der Bewegung in frischer Luft, offentsichtlich mehr als jenes der Kinder — eine Tatsache, die in der Erzählung des Täters A. ihre Begründung findet, „Frau M. habe anfänglich recht tief geatmet, um möglichst schnell hinüber zu sein"; zugleich ein Beweis, daß CO seine Bindung mit Hämoglobin nur sehr langsam aufgibt.

Neben dem Befund des Blutes und der Leichenflecke war auffallend die rasche Entwicklung der Leichenstarre — vollständig sowohl bei der 26 jährigen Frau, wie bei dem 2 jährigen Kinde bereits nach 9 Stunden; ebenso das gleichmäßige Beharren der Starre auch bei dem kleinen Kinde, wo sie — wie auch bei den übrigen Leichen — noch nach 84 Stunden unverändert gefunden wurde. Eine Erklärung für diese Erscheinungen steht noch aus, wie überhaupt die ganze Frage der Leichenstarre noch ungelöst ist.[1])

Der dritte auffallende Befund war die rasche Entwicklung eines deutlichen Verwesungsgeruches 10 Stunden nach dem Tode. Dieser dürfte auf das Flüssigbleiben des Blutes, das Liegen der Leichen in der Bettwärme und in dem nicht abgekühlten Zimmer zurückzuführen sein.

Vergleicht man nun die Leichenbefunde auf die Zeichen der Erstickung durch mechanische Behinderung der Atmung, so findet man bei allen Flüssigbleiben des Blutes, bei 1. und 3. rötliche Flüssigkeit im Herzbeutel, bei 1., 2. und 3. mehr oder minder reichlichen Blutgehalt der Blutleiter, bei 1., 3., 4. die Gefäße der harten Hirnhaut halbgefüllt, bei 2 leer, jene der

---

[1]) Ich möchte hier nur nebenbei darauf hinweisen, daß die Myosingewinnung eine genügende Erklärung nicht gibt; denn gerade im Felde sahen wir wieder die Erscheinung sehr oft bei Mensch und Pferd, daß bei plötzlichem Tod die derzeitige Körperstellung festgehalten wird und ferner, daß selbst halbverweste Leichen noch die Starre zeigen. Ich fand z. B. bei Wysoko-Lytowsk am 15. Tage nach dem Kampfe einen österreichischen Infanteristen (in dem heißen September 1915!), dessen Arme nicht aus dem Gewehranschlag zu lösen waren. Vor kurzem obduzierte ich in einer Mordsache eine erschossene Frau am 10. Tage nach dem Tode, im Zustande vorgeschrittenster Fäulnis — aber Starre in allen Gelenken!

weichen Hirnhaut bei 1., 2. und 3. über die Norm gefüllt; freie Blutaustritte auf der Außenseite des Herzens bei 1. 2. und 3., stark bluthaltige Lunge bei allen, ebenso Niere und Leber — bei 4. schon sehr zerweicht — bei allen Hirngewebe feucht und blutreich, bei allen hellere überragende Felder in der Lunge.

Das Herzfleisch bei allen fest zusammengezogen; nur bei 4. starker Blutgehalt der rechten Vorkammer, bei 1. etwas Blut in der linken Kammer; bei 2 vier Blutaustritte im Recpyriformis.

Bei 1. 2. und 3. ist demnach das Bild der mechanischen Erstickung einwandfrei, bei 4. dürften die Flüssigkeit des Blutes, der Lungenbefund, der Blutreichtum der inneren Organe auch zur Sicherstellung der gleichen Diagnose genügen. Die vorzeitige Erweichung von Nieren und Leber gehört zum Bild der Kohlenoxydvergiftung, ebenso das leichte Oedem der Lungen.

Das, was aber bereits bei der äußeren Besichtigung den Verdacht auf mechanische Erstickung hervorrief, ist der Befund an der Haut des Halses. Bei allen vier Leichen findet sich ein gefärbter Streifen, je beiderseits der Mittellinie nach den Warzenfortsätzen zu ansteigend, ohne Abschürfung der Oberhaut; jeder läßt an der linken Halsseite eine bogenförmige weiße Hautstelle frei, so daß man beim Ansehen sofort den Eindruck gewinnt, den Abdruck einer kräftigen Männerhand vor sich zu haben, von welcher Daumen und Zeigefinger aufgelegt werden, so daß die helle Stelle dem Knöchel des Zeigefingers entspricht. Bei 4. finden sich rechts von der Mittellinie einige wagerecht verlaufende weiße Stellen ausgespart. Die Hautfalten der Tabatière.

Nur bei 3 finden sich im Unterhautzellgewebe 2 punktförmige Blutungen; die Halsorgane — Zungenbein, Kehlkopf, Weichteile, Gefäßscheiden und Gefäße — sind bei allen unverletzt; keine Blutung, kein Bruch, keine Löffelform des Kehldeckels, keine Intimazerreißung der Karotiden! Es hat sonach kein rohes Zugreifen, kein Zusammenquetschen von der Seite her stattgefunden; der Täter hat vielmehr bei seinen liegenden Opfern die Hand in der Weise aufgelegt, daß er Daumen und Zeigefinger ziemlich breit spreitzte, und in der Weise gedrückt, daß er von oben nach unten — also bei flachliegendem Körper von vorn nach hinten — die Halsorgane gegen die Wirbel und Wirbelfortsätze anpreßte. Er muß dabei auch die Karotiden ganz oder größtenteils verschlossen haben, so daß a) bei einzelnen keine Ueberfüllung der Gefäße und Blutleiter (besonders bei der Frau Nr. 4) zustande kam, b) rasch Bewußtlosigkeit und Widerstandsunfähigkeit (besonders bei 4) eintrat. Bei keiner Leiche ist das Gesicht gedunsen oder blaugefärbt oder die Zunge stärker vorgetrieben oder sind Blutung in oder unter die Bindehäute vorhanden — alles Zeichen, daß die Einwirkung des mechanischen Verschlusses nicht mehr sehr energisch gewesen ist; die Opfer waren eben infolge der Gasvergiftung schon sehr krank; weiterhin ein Beweis, daß eben nicht nur

die Saugadern, sondern auch die Schlagadern zugedrückt waren, also kein oder wenig Blut nachträglich noch nach oben getrieben werden konnte.

Bei der Frau (Nr. 4) fällt die narkotische Wirkung des Gases weg; dagegen scheint der Befund nicht geleisteten Widerstandes und des offensichtlich sofortigen Verschlusses bei der Karotiden das Einverständnis der Frau zu bestätigen, wie Täter ja behauptet, sie habe sogar seinen Arm gegen ihren Hals gepreßt. Die 2 Kratzeffekte am Kinn können beim Zugreifen entstanden sein; da sie nicht in die Länge gezogen sind, dürften sie bei einem Kampfe nicht entstanden sein.

Betrachtet man endlich die Hand des Täters, so sieht man eine sehr fleischige, an den Rändern des Daumens, der Tabatière und des Zeigefingers nicht beschwielte kräftige Männerhand vor sich mit deutlich hervortretendem Knöchel des Zeigefingers und ausgeprägter Faltenbildung in der Haut der Tabatière, also vollkommen das Bild wie es zu den Druck-Marken am Halse der Leichen paßt und wie es bei der Fleischpolsterung auch den weichen Druck erklärt, der die Halsorgane verschließt, ohne Zerreißungen, Brüche, Kompressionen des Kehldeckels oder Blutungen zu erzeugen.

Es ist demnach in den 4 vorliegenden Fällen das Bild des Erwürgungstodes nicht völlig ausgeprägt; denn es fehlen die eben nochmals zusammen gefaßten Symptome am Ort, es fehlen Gedunsensein und Blaufärbung des Gesichts, Vortreiben der Zunge, Blutungen an den Augen. Es ist auch das Bild der Kohlenoxydvergiftung kein reines, da durch die mechanische Erstickung die Farbe des — allerdings intensiv roten — Blutes teilweise eine sehr dunkle (aber eine überwiegend rote) Nüance angenommen hat. Anderseits hat aber die chemische und spektroskopische Untersuchung keinen Zweifel gelassen, daß die 4 Getöteten in reicher Menge CO aufgenommen haben. Die Kinder 1., 2. und 3 waren durch den Einfluß des Gases bereits in stärkerem oder geringerem Grade betäubt, als die Erwürgung ihnen nur noch den Rest gab. Die Frau zeigte dagegen im Befinden ausgesprochene Vergiftungszeichen nicht; doch hatte sie ebenfalls soviel CO ins Blut aufgenommen, daß nur noch eine geringe Störung des Gasaustausches nötig war, um auch bei ihr den Tod herbeizuführen.

Demgemäß kommt ursächlich bei allen 4 Getöteten das Zusammenwirken der Leuchtgasvergiftung und des mechanischen Erwürgens in Betracht.

Die Einwirkung des Leuchtgases, dessen Kohlenoxydgehalt sich meist um 5% hält, war bereits eine tiefgehende. Es ist jedoch nicht unwahrscheinlich, daß Hilfsmaßregeln, die zur Zeit des Eingriffes hätten angewendet werden können noch lebensrettend hätten wirken können. Immerhin ist auch hier zu bedenken, daß bei CO-Vergiftungen noch nach Stunden der Tod nachfolgen kann.

Sicherlich war bei den beschriebenen Fällen der entscheidende tödliche Eingriff das Zudrücken der Atmungswege. Für die Schuldfrage ist dieses aber gleichgiltig, da beide Angriffe auf das Leben, sowohl das Oeffnen des Gasrohres, wie das Erwürgen, von einem und demselben Täter ausgeführt wurden.

Nachtrag.

Während der Drucklegung hatte ich Gelegenheit, 2 Leichen zu besichtigen und eine dritte zu obduzieren, bei denen Kohlenoxyd in Frage kam. Die erste wies die typisch-hellrot gefärbten Flecken auf; Ursache war Kohlenoxydentwicklung aus dem halbgeschlossenen Ofen; bei der zweiten waren die Totenflecke ebenfalls hellrot, die Todesursache war Leuchtgas — der Mann hatte den Gashahn in den Mund genommen. Bei der dritten — obduzierten — Leiche fanden sich auch die Flecken hellrot, das Blut dünnflüssig, schwarzrot mit Ueberwiegen eines krapproten Farbentones; von „Kirschröte“ fand sich weder am Blute noch an den Geweben etwas. Die chemische und spektroskopische Untersuchung ergab starken Kohlenoxydgehalt. Dies war im vorliegenden Falle von höchster Bedeutung, da es sich um die Frage „Absturz infolge Schwindels“ oder „infolge Rauchgasvergiftung“ handelte. Der Mann — Baumeister — hatte einen neugebauten Kamin zum Ausmessen bestiegen, ohne zu ahnen, daß dieser schon in Betrieb genommen war, also Kohlengase enthielt.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Die Stellung des Richters zu den Gutachten der ärztlichen Sachverständigen. Von Geh. Med.-Rat Dr. P. Ruge-Berlin. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 20.

Verfasser führt aus der Praxis einige lehrreiche Fälle an, die dartun, daß die Richter und Geschworenen dadurch in arge Verlegenheiten kommen können, daß die ärztlichen Sachverständigen vor Gericht sich untereinander oder sich selbst widersprechen. Er fordert mit Recht, daß sich der Arzt vor Gericht von jedem Vorurteil, besonders von jeder Rücksicht auf Berufsgenossen frei macht und sein Gutachten wohl überlegt abgibt. Natürlich soll auch der Richter vorurteilslos bei der Vernehmung der Sachverständigen sein. Daß auch in dieser Hinsicht Fehler vorkommen, dafür führt Ruge auch ein eigenes Erlebnis an. Dr. Solbrig-Breslau.

Ueber den Totenlaut (Sonus postmortalis). Von Privatdozent Dr. Kanngießer-Neuchâtel. Aezrtliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 17.

Verfasser, der über den Totenlaut als erster berichtet hat (s. diese Zeitschrift, Jahrg. 1915, S. 604) vervollständigt seine Mitteilungen durch Angaben, die ihm nunmehr von anderer Seite zugingen. Es geht daraus hervor, daß zuweilen von den Leichen noch einige Stunden nach eingetretenem Tode, wenn Bewegungen mit ihnen vorgenommen werden, Laute ausgehen, die anscheinend in Luftröhre und Kehlkopf unter Druckeinwirkung auf den Thorax entstehen. Den Aerzten scheint das Phänomen unbekannt zu sein, während Krankenschwestern und Leichenfrauen nicht selten dergleichen beobachtet zu haben angeben. Dr. Solbrig-Königsberg.

Tod durch Inanition. Diskussionsbemerkung zur Pathologie des Kriegsoedems in der Gesellschaft der Aerzte in Wien. Von Prof. Dr. Paltauf. Wiener klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 46.

Der Tod als Folge der Inanition bei einer Reihe der von Paltauf obduzierten Leichen ergab sich aus folgenden Befunden: Fehlen eines entsprechenden Grundleidens, äußerster Schwund des Fettgewebes des subkutanen, subserösen und subepikardialen Fettgewebes, Abmagerung, Fehlen von Zeichen der Anaemie; Blutreichtum der Leber, der Nieren. Das Blut zeigte keine wässerige Beschaffenheit; es war etwas dicklich, aber meist flüssig. Herzmuskel dunkelbraunrot, Trabekel verdünnt. Immer war die Blase mit klarem, hellgelbem Harn gefüllt; regelmäßig fand sich im Herzbeutel und in der Bauchhöhle ein reichlicher Flüssigkeitsgehalt.

Zahlreicher waren die Fälle ohne Oedem der Gliedmaßen, mit demselben Befund an den inneren Organen. Leute stürzen auf der Straße zusammen und kommen in extremis ins Krankenhaus. Wegen der plötzlichen Erkrankung, der schweren Benommenheit oder Besinnungslosigkeit wird ein Schlaganfall vermutet. Auch die Oedemkrankheit kann jäh endigen. Es handelt sich um Marasmus aus mangelhafter und ungenügender Ernährung in beiden Kategorien. Wie es in dem einen Falle zu Oedem kommt, im anderen nicht, ist einstweilen auch nicht zu erklären. Alle Fälle von jähem Tode ohne Oedem betrafen Leute, die in Arbeit standen und in der Arbeit zusammenbrachen. Vielleicht handelt es sich im Gegensatz zur Inanition infolge verhinderter Nahrungsaufnahme, wie bei Oesophagusstriktur, hier nicht nur um eine quantitativ ungenügende, sondern auch qualitativ andere Ernährung, die außerdem längere Zeit angehalten hat. Vielleicht liegt es an der Dauer des Zustandes und an seinem Verlaufe, daß es bei dem einen zu Oedemen kommt, während bei den anderen, etwa bei denen, die rascher an Körpergewicht verloren haben, und bei denen der Schwund der Organe sich rascher einstellte, auch der jähe Tod zustande kommt.

Bei den zur Kachexie führenden Krankheiten befällt der jähe Tod nicht in dieser Art Leute, die sich bewegen, die arbeiten; er macht den Eindruck einer Vergiftung. Um einen Tod durch Herzschwäche, wie die Aerzte dort, wo solche Todesfälle häufiger vorkommen, glauben, handelt es sich nicht; eher um einen zentralen Tod durch Gefäßlähmung.

Dr. Maier-Simmern.

Ueber den Tod durch Sinusströme. Von Prof. M. Lewandowsky. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 37.

Praktisch und theoretisch ist sichergestellt, daß die Sinusströme selbst bei vorsichtiger Anwendung in unberechenbarer Weise für das Leben gefährlich sind. Daraus ergibt sich die Folgerung, daß man den Sinusstrom aus der medizinischen Therapie überhaupt zu verbannen hat, zumal er ja kein notwendiger Bestandteil unseres therapeutischen Rüstzeuges ist und seine Gefährlichkeit nicht in Kauf genommen zu werden braucht wie die des Chloroforms.

Bei Todesfällen durch Anwendung des Sinusstromes handelt es sich um besondere Empfindlichkeit des Herzens, die klinisch nicht vorausgesehen werden kann. L. hält es für eine Fahrlässigkeit, den Sinusstrom jetzt überhaupt noch anzuwenden. Der Arzt macht sich bei irgendwelchen Zufällen haftpflichtig und womöglich strafbar. Die Fabriken sollten keine Apparate mit Sinusströmen mehr bauen, die vorhandenen alten umbauen. Gesetzlicher Vorschriften bedarf es nicht. Der Sinusstrom muß stillschweigend verschwinden wie ein Medikament, dessen Gefährlichkeit erkannt ist und dessen Notwendigkeit diese Gefährlichkeit nicht rechtfertigt. Dr Roepke-Melsungen.

Tod durch Aufblähen des Körpers mit Sauerstoff. Von Bureauchef Hessbrügge-Bochum. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 15.

Zu dem eigenartigen Fall von Boretius (besprochen in Nr. 10. 1917 dieser Zeitschrift) bringt Verfasser einen analogen Fall zur Kenntnis. Auch hier war einem jungen Schlepper im Bergwerk aus Uebermut von Kameraden die Mündung einer Preßluftleitung an den After gebracht worden, wodurch der Sauerstoff in den Körper eindrang und alsbald Bewußtlosigkeit eintrat.

Der ärztliche Befund ergab Reizung des Bauchfells, Auftreibung des Leibes. Nach 4 Tagen erfolgte der Tod.

Ein zweiter Fall schien analog zu sein. Ein älterer Bergmann wurde schwer krank nach Hause gebracht; es fand sich eine Zerreißung des Mastdarms und Auftreibung des Leibes. Nach erfolgtem Tode glaubte man zuerst an ein Verbrechen wie beim ersten Fall. Es wurde aber festgestellt, daß eine Unfallverletzung stattgefunden hatte, wobei vielleicht ohne Verschulden jemandes etwas Preßluft in den After eingedrungen war. Dr. Solbrig-Königsberg.

Tod durch Aufblähen des Körpers mit Preßluft. Von Kreisarzt Dr. H. Bethge-Fraustadt. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 21.

Gelegentlich einer Neckerei wurde in einer Zeche einem 14jährigen Lampenputzer von zwei erwachsenen Kameraden Preßluft (von 4 Atmosphären) durch eine offene Stelle der Hose gegen den After eingeblasen. Er schrie laut auf, fiel zu Boden, wurde mit aufgetriebenem Bauch ins Krankenhaus gebracht, wo er alsbald nach der Operation starb. Bei der Obduktion fand man Risse im After, ausgedehnte Zerreißungen des Mastdarms und Veränderungen der Darmschleimhaut.

Die Täter wurden wegen Körperverletzung mit tödlichem Ausgang mit einem Monat Gefängnis bestraft. Dr. Solbrig-Breslau.

Bleivergiftung durch im Körper lagernde Bleigeschosse. Von Prof. Dr. L. Levin. Zeitschrift für ärztl. Fortb.; 1917, H. 20.

1) Die Giftwirkung des Bleies hängt an jedem Stoffe, der es in irgend einer Verbindung trägt.

2) An jeder Körperstelle kann metallisches Blei löslich gemacht werden und in der neuen Form in die Säftebahnen gelangen. Die Lösung in den Geweben bewirken: a) Die Feuchtigkeit und der Gewebssauerstoff, die es in Bleihydroxyd überführen; b) die Gewebsflüssigkeit, die es durch ihren Salzgehalt angreift und in das leicht lösliche Bleichlorid überführt; c) Fette und fettartige Stoffe, Lipoide, Eiter, die bei längerer Berührung metallisches Blei lösen; d) ihrem Wesen nach noch unbekannte Kräfte, über die die lebende Zelle verfügt und die auch scheinbar unlösliche Stoffe löslich machen können.

3) Kaum ein Gift gibt es, das dem Blei an Reichhaltigkeit seiner Giftäußerungen gleicht, die häufig so das Gepräge leichter oder schwerer idiopathischer Leiden tragen, daß nur der Erfahrene diagnostisch den richtigen Weg einzuschlagen vermag; denn je nach der Lage des Bleies sind die chemischen Reaktionen des umgebenden Gewebes verschieden; ebenso reagiert jeder einzelne menschliche Körper verschieden auf die Vergiftung. Deshalb ist es nötig, wo die Möglichkeit einer Bleivergiftung vorliegt, bei noch so abweichend gearteten Krankheitszeichen daran zu denken; der Nachweis gelingt häufig (da es intermittierend ausgeschieden wird, aber nicht immer) nach der von L. angegebenen Methode: Harn, Speichel, Fäces werden mit Einweißlösung und Natronlauge gekocht; Schwarzfärbung beweist den Gehalt an Schwefelblei. Bei jedem Bleiträger kann die Giftwirkung in jedem Augenblick einsetzen; sein Schicksal ist ganz ungewiß. Es ist deshalb immer, wenn die Möglichkeit dazu besteht, dringend geboten, das Bleigeschoß aus dem Körper zu entfernen.

Dr. Rehberg.

Schwere Vergiftung durch Laxatio-Drops (Phenolphthalein.) Von Prof. Dr. Fürbinger-Berlin. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 27.

Phenolphthalein kann gelegentlich auch ohne Ueberschreitung der Höchstgabe durch Herzschwächung, Hämolyse und anatomische Nierenläsion zu bedrohlichen Erscheinungen führen und das Leben gefährden. Es empfiehlt sich deshalb, die so leicht beschaffbaren Purgen-, Laxin- und Laxativtabletten durch Kontrolle des Harns auf toxische Nebenwirkungen zu prüfen.

Dr. Roepke-Melsungen.

Heroinvergiftung bei einem Epileptiker. Von Dr. J. Zadek. Zeitschrift für Gewerbehygiene; 1917, H. 6.

Nach Genuß von mehr als 0,075 g reinem Heroin (mehr als das 15fache der Maximaleinzeldosis) trat Genesung ein. Folgende Symptome wurden be-

obachtet: Erythem des ganzen Körpers, Oedeme des Gesichts, der Hände und Knöchel. Besonders auffallend war das Zurücktreten der den Morphinderivaten in mehr oder weniger hohen Graden vornehmlich eigenen Wirkung auf das Atemzentrum und das Sensorium. Im Vordergrund stand die als Vagusreizung aufzufassende ausgesprochene Herz- und Pulsverlangsamung und Blutdrucksenkung. Dr. Wolf-Hanau.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Das Bild der Paranoia als manische Phase im Verlaufe des manisch-depressiven Irrseins. Von Oberarzt Dr. Wickel-Dziekanka. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. 58.

Es gibt im Verlaufe des manisch-depressiven Irrseins manische Phasen, die der Paranoia außerordentlich gleichen können. Es handelt sich dabei nicht um gelegentlich, nebenher einmal auftretende Sinnestäuschungen und Wahnideen, sondern sie stehen hier im Vordergrunde und sind zeitweise alleinige Erscheinungen. Die Wahnideen bilden ein System. Bei sonst anscheinend richtiger Paranoia sollten irgendwelche manische Züge an die Möglichkeit einer solchen manischen Phase denken lassen, auch wenn das Leiden schon lange besteht. Es scheint, als ob bei diesen Fällen häufig deutlichere manische Symptome im Beginn vorhanden sind, während sie im späteren Verlaufe sonst ganz oder ganz schwinden unter Fortdauer der Sinnestäuschungen und des Wahnsystems. Die Sinnestäuschungen können sehr intensiv sein. Ganz auffallend ist die große Gleichheit der Wahnideen und des ganzen paranoischen Bildes in solchen manischen Phasen. Es ist dies besonders überraschend, wenn viele freie Jahre zwischen den einzelnen Anfällen liegen.

Dr. Wolf-Hanau.

Ein Fall von Dämmerzustand nach Neosalvarsaninjektion. Von Reg.-Arzt Dr. Szonojevits. Der Militärarzt; 1918, Nr. 1.

Das durch die im vorliegendem Falle vorhandenen krankhaften Symptome, wie plötzliches Auftreten der Sinnestäuschungen und Illusionen, Selbstbeschuldigung mit triebartigen Handlungen, ängstliches Wesen mit Temperatursteigerung und nachträglicher schleierhafter Erinnerung gekennzeichnete Krankheitsbild weist zweifellos auf eine Bewußtseinstörung hin, die man mit dem Namen Dämmerzustand zu bezeichnen pflegt. Daß es sich in diesem Falle um einen umschriebenen krankhaft veränderten Bewußtseinzustand handelt, das beweisen die von dem Kranken selbst tadellos durchführte komplizierte Injektion mit Neosalvarsan vor dem Auftreten dieses Zustandes, dann ein Zeitabschnitt von etwa 16 Stunden der transitorischen geistigen Veränderung und nachträgliche lückenhafte Erinnerung an deren Zeitdauer. Es wird in diesem Falle die Frage aufzuwerfen sein, ob der Dämmerzustand auf das Fieber oder auf die toxische Wirkung des Neosalvarsans bei dem vielleicht intolerant gewesenen Kranken zurückzuführen ist. Ein Potatorium kann nicht in Betracht kommen, da der Betreffende ein Alkoholabstinent war. Dr. Wolf-Hanau.

Ueber den Mißbrauch mit der Diagnose „Hirnerschütterung". Von Prof. Dr. Weber-Chemnitz. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 13.

Daß mit der Diagnose „Hirnerschütterung" tatsächlich vielfach von Aerzten in ihren Gutachten Mißbrauch getrieben wird, hat wohl mancher Gutachter schon erlebt. Weber führt aus eigener Erfahrung einige krasse Fälle an und zeigt, welche Kriterien anzulegen sind. Ohne objektive Befunde, die auf eine Schädigung des Zentralnervensystems, der Hirnnerven, der Sinnesorgane oder des Schädels deuten, soll eine Gehirnerschütterung nur dann angenommen werden, wenn bei entsprechenden subjektiven Beschwerden der vorausgegangene Unfall nachgewiesenermaßen eine Hirnerschütterung (mit Bewußtlosigkeit, Pulsverlangsamung, Erbrechen, Amnesie) war. Auch für Geisteskrankheiten muß ein solcher Nachweis verlangt werden. Die Feststellung, daß einige Zeit vor dem Ausbruch der Psychose ein Unfall stattgefunden hat, genügt noch nicht, um eine Hirnerschütterung und als deren Folge die Geisteskrankheit anzunehmen.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Zur forensischen Bedeutung der genuinen Narkolepsie. Von Dr. K. Boas. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 23.

Beschreibung eines Falles von echter genuiner Narkolepsie, wie solche Fälle während der Kriegszeit mehrfach beobachtet worden sind. Es handelt sich um einen von Jugend auf geistig schwach veranlagten Arbeiter, der im Kindesalter einmal „Krämpfe" gehabt haben will, im Hüttenbetrieb wiederholt von unbezwinglichem Müdigkeitsgefühl und von Schlafsucht überfallen wurde, als Landsturmmann körperlich und geistig versagte und nach 1½jähriger militärischer Dienstzeit von plötzlicher Schlaftrunkenheit heimgesucht wurde. Durch Lazarettbehandlung wurde der Zustand soweit gebessert, daß er als dauernd g. v. seinem Truppenteil wieder überwiesen werden konnte.

Solche Schlaftrunkenheit gehört zu den Zuständen, die nach § 51 St.G.B. straffrei machen. Dies schließt aber, wie Verfasser meint, die Dienstpflicht solcher Elemente nicht grundsätzlich aus, zumal während der Kriegszeit.

Dr. Solbrig-Breslau.

Zur Objektivierung nervöser Zustände. Von Dr. Engelen-Düsseldorf. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 10.

Die Beurteilung nervöser Leistungsfähigkeit spielt in heutiger Zeit eine besondere Rolle, sie ist aber schwierig und verantwortungsvoll. Die Zahl der streng objektiven Kennzeichen neurasthenischer Zustände ist recht klein. Es ist deshalb wichtig, graphisch darstellbare Reaktionen zu benutzen, bei denen Simulation ausgeschlossen ist. Dazu gehören die Mayerschen Wellen, das sind periodische wellenförmige von der Atmung unabhängige Schwankungen im Verlaufe der Herzpulse, wovon Verfasser eine Anzahl Kurven zur Darstellung bringt, um daran zu zeigen, was als pathologisch und was als Besserung früherer Abnormitäten aufzufassen ist.

Ein zweites, sehr zuverlässiges Merkmal für das Bestehen von Reizung oder Erschlaffung nervöser Regulierungsvorgänge bietet der Zustand der Gefäßspannung, an der Pulsschreibung darstellbar, wie an einigen Beispielen gezeigt wird. Die graphische Pulsaufnahme ist nach Engelen zur Stellung der Diagnose unentbehrlich.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Die Wachsuggestion im Dienst der Bekämpfung der psychotraumatischen Neurosen. Von Dr. K. Ollendorff-Berlin-Schöneberg. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 9.

Verfasser hat eine besondere Behandlung in Anlehnung an eine von Oehmen erprobte angewandt, um Zitter-Neurosen der Krieger zu heilen. Das Verfahren, worüber genauer im Originalbericht nachzulesen ist, besteht in Suggestion im wachen Zustand und anschließenden planmäßigen Bewegungsübungen. Im ganzen sind bereits etwa 300 Heilungen zu verzeichnen. Verfasser nimmt an, daß nach dem Verfahren zwischen 90 und 100 Prozent aller Fälle von ihren groben Bewegungsstörungen dauernd befreit werden. In der letzten Zeit ist es Ollendorff meist gelungen, mit seiner Methode Heilungen in einer einzigen Sitzung zu erzielen.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Besprechungen.

Dr. F. Ebeler, Sekundärarzt an der Frauenklinik der Akademie für praktische Medizin in Köln: **Taschenbuch der Wochenbettpflege für Krankenpflegerinnen und Hebammenschülerinnen.** Mit 56 Abbildungen. Leipzig 1918. Repertorienverlag. 12°, 130 S. Preis: geb. 3,50 M.

Verfasser hat in dem Büchelchen die Vorträge zusammengestellt, die er an der Krankenpflegeschule der Kölner Akademie gehalten hat. Das Geschick des Verfassers ist zu loben, jedoch kann Ref. nicht glauben, daß auch Hebammenschülerinnen neben ihrem Lehrbuche noch Vorteile von der Anschaffung des Taschenbuches haben sollten.

Dr. Rissmann-Osnabrück.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. Bei Beratung des **Haushalts für das Reichsamt des Innern** am 8., 10. und 11. Juni wurde auch wie im Vorjahre von verschiedenen Rednern (Dr. Bell [Zentr.], Dr. van Calker [natl.], Schulz-Erfurt [Sozdem.], Kreth [kons.] und Warmuth [Deutsche Fraktion]) die Frage der **Bevölkerungspolitik,** insbesondere des **Geburtenrückganges** erörtert und ihre Wichtigkeit für das ganze Staatswohl betont. Der Staatssekretär Wallraf erklärte, daß die Bestrebungen in dieser Hinsicht durch den Kampf auf ethischem Gebiete, durch Maßregeln der Gesetzgebung, Berücksichtigung kinderreicher Familien, Maßnahmen auf dem Gebiete der Wohnungsfürsorge und des Siedlungswesens unterstützt werden müßten. Die Säuglingssterblichkeit habe während des Krieges erfreulicherweise — wahrscheinlich infolge des vermehrten Stillens der Mütter — nicht zugenommen (1913 : 14,2 gegen 14,3 % im Jahre 1917). Auf dem Gebiete des Hebammenwesens sei man insofern einen Schritt vorwärts gekommen, als durch eine Bundesratsverordnung Grundsätze für die Regelung der Aus- und Fortbildung, Prüfung usw. der Hebammen festgestellt und den Bundesregierungen zur Durchführung mitgeteilt seien. Dabei sei diesen gegenüber der Wunsch ausgedrückt, daß es auch notwendig sei, die wirtschaftliche Lage der Hebammen zu bessern und namentlich für sie im Falle des Alters und der Invalidität ausreichend zu sorgen. Notwendig sei auch die Ausbildung und Anstellung von Säuglingspflegerinnen, die Errichtung von Säuglingsheimen sowie die Regelung des Haltekinderwesens, die allerdings Sache der Bundesstaaten sei. Der Staatssekretär des Innern fuhr dann fort: „Es ist eine Großtat im Kriege gewesen, die wir vor allem dem ärztlichen Stande danken, daß es gelungen ist, unser Volk und unser Heer von großen Seuchen zu verschonen. Wenn man bedenkt, daß wir eigentlich durch die gewaltige Ausdehnung des Kriegsschauplatzes mit allen Seuchen der Welt in Verbindung gekommen sind und daß wir verhältnismäßig einen so guten Gesundheitszustand trotz der schwierigen Ernährungsverhältnisse erhalten haben, so können wir der ärztlichen Wissenschaft und ihren Jüngern nicht dankbar genug sein. Eine große Volkskrankheit hat allerdings die rückläufige Bewegung, die wir vor dem Kriege wahrnehmen konnten, nicht innegehalten, das ist die Tuberkulose. Die Sachverständigen sind verschiedener Meinung, ob die unzweifelhaft vermehrte Zahl der Todesfälle an Tuberkulose auf einen schnelleren Verlauf der bereits vorhandenen Krankheit oder auf eine starke Vermehrung der Erkrankungen zurückzuführen sei. Sei dem wie es wolle: der Kampf gegen die Tuberkulose muß mit allen Mitteln geführt werden. Er wird geführt durch die Fürsorgestellen, er wird geführt durch Lungenheilstätten, er wird unterstützt auch durch das Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, an dessen Spitze ich gegenwärtig stehe, und ich bitte Sie, den vermehrten Beitrag des Reiches freundlichst bewilligen zu wollen, der in diesem Etat vorgesehen ist.“ Zum Schluß kam er auf die von verschiedener Seite geforderte Errichtung eines besonderen Reichsamts für Volksgesundheit zu sprechen und lehnte die Notwendigkeit eines solchen mit folgender Begründung ab: „Man hat für alle diese Sorgen den Gedanken ventiliert, ob es nicht zweckmäßig sei, als oberste Reichsbehörde eine Medizinalstelle einzurichten, ein Reichsgesundheitsamt — oder wie die Herren es nennen wollen —, nach dem Vorbilde von Oesterreich und Ungarn. Ich glaube, die Befürworter dieses Gedankens verkennen doch, daß die Zuständigkeiten bei uns anders liegen als in der verbündeten Donaumonarchie. Wir haben hier, wie ich mir eben auszuführen erlaubte, das Verhältnis, daß die Verwaltung und Ausführung in bundesstaatlichen Händen liegt, und ich glaube, daß daneben für das Walten einer Behörde nach der Art, wie sie in Oesterreich-Ungarn besteht oder errichtet werden soll, sich kein rechter Raum finden würde. Aber als einen großen Mangel habe ich es empfunden, daß derjenigen Behörde, die für das Reich die Gesundheitssachen zu bearbeiten und die Gesetze zu formen hat oder mindestens bei den Bundesstaaten durch Anregungen einwirken soll, ein ärztlicher Fachmann nicht angestellt ist. Ich kann auf die Dauer diese ärztliche Feder nicht entbehren. Ein Arzt, der die nötige Verwaltungspraxis und Verwaltungskenntnis hat, ist in all diesen Fragen doch der berufenste Berater seines Chefs. Diese unmittelbare Hilfe

kann auch durch die hervorragende Tätigkeit des jetzigen Gesundheitsamtes nicht ersetzt werden. Ich würde dankbar sein, wenn der ablehnende Beschluß des Hauptausschusses einer Revision unterzogen würde."

Dem Wunsche des Staatssekretärs entsprechend hat dann der Reichstag auf Antrag des Abg. v. Calker und Genossen die vom Haushalt neu geforderten und vom Hauptausschuß gestrichenen Stellen für zwei vortragende Räte, darunter eine für einen medizinisch-technischen Rat, in der Sitzung am 11. Juni bewilligt.

In der Sitzung vom 10. Juni forderte der Abg. Kunert (U. Soz.) eine **Verbesserung der Geburtshilfe,** wodurch der Rückgang der Geburten mehr als durch andere Maßregeln eingedämmt werden würde. Außerdem müsse der ärztliche Stand und das Apothekenwesen verstaatlicht werden, ärztliche Hilfe, Heilmittel und Geburtshilfe müßten unentgeltlich und eine Behandlungspflicht der Aerzte gesetzlich festgelegt werden. An dem Geburtenrückgang hätten auch die Aerzte einen Anteil, wie der Prozeß des Prof. Dr. Henckel in Jena beweise. Demgegenüber hob der Staatssekretär Wallraf hervor, daß der Fall Henckel nicht verallgemeinert werden dürfe; gerade in den Berufskreisen der Aerzte habe er eine lebhafte Verurteilung gefunden. Ein endgültiges Urteil lasse sich übrigens erst nach Abschluß des in der Schwebe befindlichen Disziplinarverfahrens bilden.

Bei der Beratung des **Haushalts des Reichsgesundheitsamtes** am 10. Juni wurde vom Abg. Fischer (Soz.) die Frage der Ersatzmittel und der Arzneimittelmangel zur Sprache gebracht, während der Abg. Kunert (U. Soz.) gegen die Gefahren der Unterernährung, die Zunahme der Tuberkulose und Blutarmut, der Geschlechtskrankheiten hervorhob und gegen das Salvarsan zu Felde ging. Wir ständen bereits im Anfangsstadium eines absterbenden Volkes. Gegen diese Ausführung erhob der Präsident des Reichsgesundheitsamts Bumm entschieden Einspruch und bestritt die behauptete Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Die Ernährung der Säuglinge und der Gesundheitszustand habe sogar während der Kriegszeit eher eine Verbesserung gegen die Friedenszeit erfahren. In derselben Sitzung beantwortete dann der Staatssekretär Wallraf die von dem Abg. Müller-Meiningen gestellten Fragen betreffs des **Mangels an Aerzten** und der **dem ärztlichen Stande drohenden Gefahren** wie folgt:

„Der Mangel an Aerzten in vielen Gebietsteilen ist nicht zu bestreiten. Es muß aber mit Dank anerkannt werden, daß von den eingelegten Reklamationen nach Mitteilung des Kriegsministeriums 60% Erfolg gehabt haben. In der Kriegszeit haben im ganzen 6000 junge Leute die ärztliche Prüfung oder Notprüfung ablegen können. Von diesen 6000 jungen Aerzten sind nach einer Statistik, die mir gleichfalls vorliegt, 2000 in der Heimat verblieben. Es wird allerdings notwendig sein, daß gerade die jungen Mediziner, die vorzeitig ihre Prüfung haben machen können, die zum Teil draußen sind und sich doch zunächst nur einseitig fortbilden können, in ihrer Fortbildung nach dem Kriege noch weiter gestärkt werden, und ich hoffe da namentlich auf die Mitwirkung der ärztlichen Akademien und auf die Mitwirkung der Großstädte. Eine Möglichkeit, in der Verteilung der Aerzte auszugleichen, besteht ja jetzt durch eine besondere Bestimmung, die im Anschluß an das Hilfsdienstgesetz erlassen worden ist. Aber die Ausführung dieser Bestimmung hapert daran, daß man von Orten, die mit Aerzten übersetzt sind und viele abgeben können, in größerem Umfang nicht wird reden können. Im übrigen sucht man durch Gestellung von Fahrzeugen, durch Gestellung von Betriebsstoffen den auf dem Lande vorhandenen Aerzten die Praxis tunlichst zu erleichtern.

Die zweite Frage des Herrn Abgeordneten Dr. Müller-Meiningen bezieht sich auf die Zukunft des ärztlichen Standes. Niemand wird leugnen können und wollen, daß auch der Aerztestand durch den Krieg schwere Einbuße erlitten hat. Leider ist dies aber keine besondere Sache des Aerztestandes; er teilt diese Schädigung mit vielen anderen freien Berufen, mit Rechtsanwälten, Künstlern — und diese Liste ließe sich ja noch sehr weit fortsetzen. Ich hoffe, daß die kraftvolle Organisation des ärztlichen Standes da mit Selbsthilfe eingreifen wird, und daß wir durch frühere Entlassung der verheirateten Aerzte oder durch sonstige Maßregeln irgendwelche

Art vorsorgen und damit mindestens einen Teil des **Dankes abstatten können**, den — darin stimme ich dem Herrn Abgeordneten Dr. **Müller-Meiningen** vollkommen zu — die Aerzteschaft sich in hohem Maße durch ihre Leistungen während des Krieges verdient hat".

Am 25. Mai d. J. hat der Hauptvorstand des Vaterländischen Frauenvereins in Gegewart Ihrer Majestät der Kaiserin im preußischen Abgeordnetenhause in Berlin eine Sitzung abgehalten, in der der Plan für die von ihm beschlossenen Errichtung einer **Kaiser-Wilhelm-Schule Deutscher Krankenpflegerinnen**, zu der Sr. Majestät der Kaiser bekanntlich den Betrag von einer Millionen Mark aus der Kaiser-Wilhelm-Spende zur Verfügung gestellt hat, (s. diese Zeitschrift, 1918, Nr. 7, S. 162) beraten wurde. Wirkl. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich-Berlin erörterte die Ziele und Aufgaben der Schule und betonte, daß diese nicht zur Ausbildung, sondern lediglich zur Fortbildung in der Krankenpflege dienen soll. Dasselbe geschah von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Borchard-Berlin-Lichterfelde, der die Errichtung, den Betrieb und die Anlage der geplanten Schule erläuterte und hierbei mit Recht hervorhob, daß die Fortbildung für das Krankenpersonal ebenso notwendig sei, wie die Fortbildung der Aerzte. Schließlich sprach der Kriegminister v. Stein über die Stellung des Heeres zu der Kaiser-Wilhelm-Schule. Es ist beabsichtigt, die Kaiser-Wilhelm-Schule in Groß-Berlin zu errichten und sie mit einem eigenen Krankenhause zu verbinden, das mit Abteilungen für alle Arten von Kranken und mit entsprechenden Einrichtungen und Laboratorien ausgestattet werden soll. Die Krankenpflegerinnen sollen neben der allgemeinen Fortbildung und Ausbildung in Spezialfächern auch eine planmäßige Vorbereitung für leitende Stellungen erhalten.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande:

Dem Kreisarzt Dr. v. Kügelgen in Russisch-Polen.

Dank.

Zu meinem **50jährigen Doktorjubiläum** am 18. Juni d. J. sind mir, namentlich auch aus den Kreisen der Medizinalbeamten, so zahlreiche Glückwünsche dargebracht, daß es mir Herzensbedürfnis ist, auch an dieser Stelle meinen innigsten Dank dafür auszusprechen. Von dem Minister des Innern und der Fürstl. Lippischen Regierung hat der Unterzeichnete folgende Glückwünsche erhalten:

Berlin, den 18. Juni 1918.

Aus Anlaß Ihres 50jährigen Doktorjubiläums sende ich Ihnen in dankbarem Gedenken an Ihre verdienstvolle Tätigkeit auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung und der gesundheitlichen Wohlfahrtspflege meinen herzlichsten Glückwunsch.

Der Minister des Innern.
Drews.

Detmold, den 18. Juni 1918.

Zu Ihrem Ehrentage spricht Ihnen die Fürstlich Lippische Regierung herzlichste Glückwünsche aus.

Freiherr Biedenweg.

Eine besondere Freude hat mir an diesem Tage mein jüngster Sohn, Dr. Erich Rapmund, Kreisarzt in Querfurt, z. Z. Korpshygieniker bei dem Korps Knoerzer, Heeresgruppe Eichhorn, dadurch bereitet, daß er zu meinem Jubiläum **1000 Mark für die Jubiläumsstiftung** überwiesen hat. Ich habe mich veranlaßt gesehen, der Stiftung aus demselben Grunde den **gleichen Betrag** zu überweisen.

Minden, den 15. Juni 1918. Dr. Rapmund.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

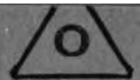
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Dr. Reichelt, Direktor der Landesanstalt Hochweitzschen; — das Komthurkreuz II. Klasse des Albrechtsordens dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Strümpell in Leipzig; — die Krone zum Ritterkreuz I. Klasse des Albrechtsordens: dem Ober-Med.-Rat Dr. Oppelt in Dresden, geschäftsführendes Mitglied der Landesgesundheitsamts; — das Ritterkreuz I. Klasse des Albrechtsordens: den Gerichtsärzten Med.-Rat Dr. Oppe und Dr. Leonhardt in Dresden, sowie dem Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Wengler in Plauen und dem Polizeiarzt San.-Rat Dr. Richter in Leipzig.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Professor: dem Privatdozenten Dr. Burchard in Rostock.

---

31. Jahrgang; Nr. 13.  Ausgegeben am 5. Juli 19

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:

Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.

Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 13 am Schlusse des Heft

INHALT.

Prokutan

Durch das „Prokutan"-Verfahren ist das Problem zur sofortigen Herstellung fettloser Externa glänzend gelöst.

Jede äußere Anwendungsform möglich, als Puder, oder mit mehr oder weniger Wasser als Schüttelmixtur (Pinselung bezw. Einreibung), Salbe oder Paste, auch Zinkleim und Pflasterersatz.

Pastenpulver und Wundpulver verbinden sich infolge ihrer ganz besonderen Saugfähigkeit mit den Wundsekreten zu einer idealen antiseptischen Paste.

Strenge Lokalisierungsmöglichkeit auf der Haut, im Gegensatz zu den sich verwischenden Salben.

Verbandzeug oder Heftpflaster überflüssig, da die aufgetragene „Prokutan"-Masse eine sofort festhaftende, schnelltrocknende und dennoch luftdurchlässige Schicht bildet.

Kein Beschmutzen der Wäsche, da fettfrei, also auch von der Haut nur **mit Wasser abwaschbar,** statt mit Seife, Benzin oder Alkohol.

Prokutan-Präparate:

1. **Prokutan-Pastenstift,** stylus procutani.
2. **Prokutan-Pastenblock,** pasta procutani in massa.
3. **Prokutan-Pastenpulver,** pasta procutani pulv.
4. **Prokutan-Wundpulver,** pulvis procutani.

Sie enthalten Zinkoxyd in feinster Verteilung und sind **vorrätig „rein" und mit folgenden Zusätzen:**

Acidum boricum	Hydrarg. praecip. alb.
Acidum pyrogallicum	Ichthyol
Acidum salicyl.	Liquor aluminii acetici
Acidum tannic.	Liquor carbonis detergens
Alumnol	Menthol
Azodolen	Naphthol
Ammon. ichthynat.	Orthoform
Anästhesin	Pellidol
Anthrasol	Perugen
Argentum nitricum	Resorcin
Bals. peruv.	Sulfur. praecip.
Bismut. subgallic.	Sulfur sublim.
Bismut. subnitr.	Thigenol
Bromocoll	Thiol
Chrysarobin	Tumenol ammon.

Naphthol 2% mit Sulfur. sublim. 10%
Hydrarg sulfur. rubr. 1% } Lassars rote
Sulfur. sublim. } Zinnobersalbe
Oleum rusci 10% mit Menthol 2%
Oleum rusci 20% mit Menthol 2%
Resorcin 10% mit Acid salicyl 10%
Resorcin 20% mit Acid. salicyl 10%
Resorcin 10% mit Acid. salicyl 10% und Sulf. praecip. alb. 5%

ferner nur als Wundpulver: mit *Airol*, *Jodoform*, *Vioform*, *Xeroform*.

Auf Wunsch und Verordnung mit beliebigem Prozentgehalt, sowie mit anderen Zusätzen.

Weisse Prokutan-Präparate werden auch hautfarben auf Lager gehalten.

Proben, Gebrauchsanweisung und Literatur stehen den Herren Ärzten zur Verfügung.

Addy Salomon

Spezialfabrik für Vaseline

Charlottenburg 1, Wallstr. 11.

Telegr.-Adresse.: Vaselinsalomon. Fernsp.: Amt Wilhelm 6280, 6281, 1643.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Professor: dem Privatdozenten Dr. Rißer in Frankfurt a. M.

Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung der zweiten Klasse des Kais. und Königl. Oesterreichisch-Ungarischen Kriegskreuzes für Zivildienste: dem Prof. Dr. Krautwig, Beigeordneter in Cöln; — das Offizierkreuz des Königl. Bulgarischen Zivildienstordens: dem Med.-Rat Dr. Vollmer in Kreuznach.

Ernannt: zu Kreisassistenzärzten: Marinestabsarzt d. R. Dr. Fehsenfeld in Danzig unter Ueberweisung an den Kreisarzt des Stadtkreises Danzig, Dr. Saalmann in Königsberg i. Pr. unter Ueberweisung an den Kreisarzt des Stadt- und Landkreises Oppeln und Dr. Lücke in Dommin unter Ueberweisung

31. Jahrg. Zeitschrift 1918.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 13.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Juli.

Aus der K. Bakteriologischen Untersuchungsanstalt, Erlangen.

Einige Erfahrungen aus dem Gebiete der Seuchenbekämpfung im nördlichen Bayern.

Von Prof. Dr. W. Weichardt und Dr. E. Schrader in Erlangen.

Die K. Bakteriologische Untersuchungsanstalt Erlangen besteht seit 1911. Das Feld ihrer von Jahr zu Jahr steigenden Tätigkeit ist Mittelfranken mit den beiden größeren Städten Nürnberg und Fürth und die Oberpfalz mit der Stadt Regensburg. Mittelfranken zahlt jährlich eine gewisse Bauschsumme, für die alle Untersuchungen mit Ausnahme der Wassermannschen Reaktion kostenlos ausgeführt werden. Ein derartiges Abkommen hat sich ungemein bewährt. Es vereinfacht die Rechnungsführung, es erspart den Aerzten jegliche Sorge darüber, wer die Untersuchung zu bezahlen hat, und erleichtert deshalb die Einsendung der Proben.

Von praktischen Aerzten und Krankenhausärzten wurde stets immer wieder betont, daß die Kostenfragen oft eine rege, recht notwendige Heranziehung der bakteriologischen Diagnose zu diagnostischen wie epidemiologischen Zwecken

hatte scheitern lassen. Verschiedene Verträge mit Krankenhäusern, Gemeinden und praktischen Aerzten vermindern zwar die Kosten der einzelnen Untersuchung ganz erheblich; da aber viele serologischen wie bakteriologischen Untersuchungen bei negativem Ausfall und in den verschiedenen Krankheitsstadien wiederholt werden müssen, werden durch Summierung der an sich ja nicht sehr hohen Einzelbeträge oft den kleinen Gemeinden oder Krankenhäusern Lasten auferlegt, denen ihr Etat nicht gewachsen ist.

Was die Zahl der einsendenden Aerzte anlangt, so beteiligen sich an den Einsendungen in hohem Maße naturgemäß die beamteten Aerzte, denen von Amtswegen die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, die Ueberwachung der Prostituierten, teilweise auch die Tätigkeit im Interesse der Lungenfürsorge obliegt. Erfreulicherweise aber steigt von Jahr zu Jahr die Beteiligung der praktischen Aerzte. Unter ihnen überwiegen merkwürdigerweise nicht die in den Städten tätigen Kollegen, für welche die Einsendung des Materiales die denkbar geringsten Schwierigkeiten bietet, sondern die Landärzte. Sie lassen sich trotz aller beruflichen Ueberlastung keiner Mühe verdrießen, die Infektionskrankheit diagnostisch so bald als möglich durch die bakteriologische Diagnose zu klären, der Ursache so intensiv wie möglich nachzugehen und der Verbreitung durch Heranziehung der bakteriologischen Diagnose so kräftig wie nur möglich entgegen zu arbeiten.

Daß alle amtliche Seuchenbekämpfung dieser stetigen Mitarbeit des Praktikers nicht entbehren kann, um wirklich Erfolge zu haben, ist eine längst bekannte Tatsache, die hier dieselbe Bedeutung besitzt wie auf anderen Gebieten der sozial fürsorgend tätigen Medizin.

Nach Feststellung einer gemeingefährlichen Krankheit sowie bei Verdacht einer solchen werden die vom Amtsarzte erhobenen Ermittelungen in den Ermittelungsbogen (Formblatt I u. II) eingetragen und dieses der Kreisregierung übersandt. Von hier geht der Bogen zu der bakt. Untersuchungsanstalt, die dadurch Gelegenheit hat, selbst Vorschläge an die Regierung oder den Amtsarzt zu machen oder — und das ist sehr häufig der Fall — Anträge des Amtsarztes zu unterstützen und zu vertreten. Hierfür ist dann häufig eine persönliche Fühlungsnahme zwischen den Aerzten der Anstalt und den Amtsärzten notwendig. Solche auf Dienstreisen gemachten Erfahrungen und der gegenseitige Austausch erweitert und vervollkommnet beiden Parteien den Gesichtskreis. Er übermittelt die Ergebnisse der neueren bakteriologischen Forschung sowie ihre Verwertung in der Praxis, und erhält stets den Blick dafür, wie die wissenschaftlichen Forderungen den Verhältnissen der Praxis am besten anzupassen sind.

Liegen die Verhältnisse in dem einzelnen Falle weniger schwierig, so wird oft die gegenseitige Benachrichtigung und Beratung zwischen Anstalt und Arzt (und zwar bei weitem

nicht nur den beamteten) telephonisch erfolgen und Maßnahmen, deren Befolgung die Verbreitung der Krankheit verhindert, werden auf diese Weise angeregt.

So erfreulich feststehend die großen epidemiologischen Gesichtspunkte auch sind, so darf doch nie vergessen werden, daß eigentlich jeder Fall mit seinen besonderen ihm typischen Verhältnissen besondere Berücksichtigung erfordert. Geschieht dies nicht, so wird nicht selten mit einem gewissen Recht geklagt, wenn die gegebenen Anordnungen nach einem starren, der Eigenart der betreffenden Falles nicht gerecht werdenden Schema getroffen wurden.

Typhus und **Paratyphus** ist in Mittelfranken nicht allzu häufig. Immerhin wurden doch im Laufe der letzten 7 Jahre 148 Fälle unter der Zivilbevölkerung durch die bakteriologische Diagnose geklärt. Im gleichen Zeitraum wurden für den Kreis Oberpfalz 100 positive Diagnosen gestellt. 15 Bazillenträger wurden durch Untersuchungen aus der Umgebung des Kranken herausgefunden. Nicht berücksichtigt sind hierbei die Bazillenträger aus den drei bayerischen Heil- und Pflegeanstalten Ansbach, Erlangen und Regensburg; denn von ihnen werden nach ihrer Erkennung voraussichtlich weniger Ansteckungen zu befürchten sein.

Festzustellen, wieviele Erkrankungen sicher auf bakteriologisch erwiesene Bazillenträger zurückzuführen sind, ist eine Aufgabe, deren Lösung strengste Objektivität und schärfste Kritik erfordert. Wenn wir nur die Fälle hierherrechnen, wo der Bazillenträger mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit als Infektionsquelle anzusehen war, so dürfen wir 30 Erkrankungsfälle annehmen. In Wirklichkeit wird diese Zahl unzweifelhaft größer sein. Einzelne Bazillenträger wechselten ihren Wohnort und entzogen sich so einer weiteren Kontrolle. Für viele Erkrankungen war wohl nach Art der Verbreitung und aus anderen Umständen eine Infektion durch einen Bazillenträger sehr wahrscheinlich, jedoch war dieser aus den verschiedensten Gründen nicht mehr nachzuweisen. Auch hier genügten die Unterlagen, um genügende Schutzmaßnahmen gegen die Verbreitung der Seuche zu ergreifen.

In den Fällen sicher nachgewiesener Ansteckung durch den erkannten Bazillenträger wurden nur noch 3 Erkrankungsfälle, für die ein ätiologischer Zusammenhang mit dem Bazillenträger nicht von der Hand zu weisen war, nach dessen Erkennung beobachtet.

Um die Schwierigkeiten beim Herausfinden der Bazillenträger zu vermindern, rieten wir den Amtsärzten überall dort, wo eine Typhusschutzimpfung nicht erfolgt war, Blut zur Agglutination von den Personen einzusenden, die verdächtig waren, Bazillen auszuscheiden. Ergab die Untersuchung des Blutes nach Gruber-Widal eine Agglutination — und wenn auch nur in geringeren Graden der Serumverdünnung —, so baten wir um möglichst viele Stuhl- und Urinproben von diesen Personen. An-

fangs wurden wir manchmal mißverstanden, indem der betreffende Arzt fälschlicherweise annahm, ein positiver Ausfall der Gruber-Widalschen Reaktion beweise das Ausscheiden der Bazillen, entdecke bereits den Bazillenträger. Mit der Zeit jedoch hat gegenseitige Fühlungsnahme auch hier klärend gewirkt.

Die Diagnose selbst wurde selbstverständlich nur gestellt, wenn Bazillen wirklich kulturell aus Stuhl oder Urin nachgewiesen waren. Das beschriebene Verfahren zur Feststellung von Bazillenträgern ist nicht neu. Die Literatur früherer Jahre enthält bereits Angaben, wo bei Epidemien durch Durchagglutination ganzer Ortschaften sehr bald der Verdacht auf eine kleine Gruppe von Menschen gelenkt wurde, die nach dem Ausfalle der Agglutination den Typhus überstanden haben mußten. Unter ihnen befanden sich dann die so sehr bald herauszufindenden Bazillenträger. In neuerer Zeit hat Hilgermann[1]) wieder auf diesen Weg hingewiesen. Lediglich sich auf ihn zu verlassen, dürfte jedoch nicht angezeigt sein.

Die Einsendung von Blut geschieht wohl am besten nach Entnahme aus der Armvene. Oft verweigert jedoch die Bevölkerung diesen kleinen Eingriff und kann auch gesetzlich nicht zu dieser Art der Hergabe von Blut gezwungen werden. Aus dem Ohrläppchen aber vermittels eines Wattetupfers Blut zu entnehmen, begegnete nirgends Schwierigkeiten.

Auffällige zeitlich getrennte Uebertragungen des Typhus durch einen Bazillenträger seien hier kurz beschrieben.

In einer Familie M. erkrankten in 5 Jahren die Großmutter, die Tante, Vater und Mutter an Typhus. Da alle anderen Typhusfälle später als der der Großmutter zur Beobachtung kamen, und bei ihr Bazillenausscheidung festgestellt worden war, wurde bei der Großmutter wohl nicht mit Unrecht die ursprüngliche Infektionsquelle angenommen. Zwecks Verhütung weiterer Erkrankungen bezog sie eine abgeschlossene Wohnung für sich allein, kochte sich ihr Essen und ließ die Wäsche nicht mehr mit der ihrer Angehörigen zusammen waschen. So wurden mit Leichtigkeit weitere Infektionen vermieden. Als zu Beginn des Krieges 2 Schwiegersöhne der Bazillenträgerin ins Feld rückten, wurden die Enkelkinder zu ihr gebracht. Beide erkrankten kurz nacheinander an Typhus. Bei der Bazillenträgerin waren allerdings später trotz mehrfacher Untersuchungen weder im Stuhl noch im Urin die Bazillen damals nachweisbar. (falsches Material?) Im Jahre 1918 hatte die Bazillenträgerin wieder ein Enkelkind bei sich zur Pflege aufgenommen; genau 3 Wochen später erkrankte es. Nach Ablauf der ersten Krankheitswoche wurde Typhus bei dem Kinde festgestellt.

Wie unheilvoll es sein kann, wenn Bazillenträger längere Zeit unerkannt weiter ihrem Berufe nachgehen, zeigt folgender Fall:

In der oberpfälzischen Stadt R. war im Hause des Milch-, Getreide- und Kolonialwarenhändlers W. Typhus seit 1908 ein ständiger Gast. 1908 erkrankte die Frau des W. und eine Mieterin an Typhus. 1911 erkrankte die Tochter des W. an Typhus, der auch serologisch festgestellt wurde. 1915 erkrankten Mutter und Tochter der als Mieterin in dem Hause wohnenden Familie R. Bei der Tochter ließ sich die Erkrankung bakteriologisch nachweisen. Im

[1]) Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 49.

Nachbarhause, das mit den Insassen des Hauses des W. lebhaften Verkehr unterhalten hatte, wurde gleichfalls ein Typhusfall festgestellt. 1916 erkrankten in dem Hause des W. — es hatte jetzt schon den unheimlichen Namen „Typhushaus" bei der Bevölkerung erhalten — wieder aus einer Mietfamilie die Mutter mit ihren beiden Töchtern, im Nachbarhause eine Person. Im Jahre 1917 erkrankten in dem Typhushause 4 Kinder der Familie X und im Nachbarhause die gesamte Familie N. Die Familie hatte jetzt noch während des Krieges Milch von dem W. bezogen. Offenbar war in der Familie des W. der Bazillenträger zu suchen. Früher häufig vorgenommene Untersuchungen hatten stets ein negatives Resultat gehabt, sowohl bei dem W., wie bei seiner Frau und Tochter, die beide Typhus überstanden hatten. Ob jedoch bei Einsendung der Stuhl- oder Urinproben nicht fahrlässig oder absichtlich seitens des W. eine Täuschung vorgenommen war, blieb mehr als wahrscheinlich. W. war nämlich gerade damals in einen Prozeß gegen die Stadt R. verwickelt, in dem er die Aufhebung der Verschließung seines Hausbrunnens bezweckte und auch später tatsächlich durchsetzte. In der Zeit bis zur endgültigen Entscheidung befand sich W. in äußerst gereizter Stimmung und setzte allen behördlichen Anordnungen jeden nur denkbaren aktiven und passiven Widerstand entgegen. Im Jahre 1917 setzte der Amtsarzt der Stadt R. nochmals mehrfache Stuhl- und Urinentnahmen in der Familie des W. durch, diesmal aber unter größerer Sicherheit, die eine Unterschiebung falscher Proben ausschloß. In den Stuhlproben der Frau des W., in seiner eigenen Urin- und Stuhlprobe waren Typhusbazillen wiederholt zu finden. Wahrscheinlich hatte also zuerst W. Typhus überstanden und war Bazillenträger geworden. Er hat dann sicher seine Frau und seine Tochter infiziert. Erstere schied die Bazillen auch nach der Genesung noch aus und kann ebensogut wie ihr Mann die weiteren Infektionen veranlaßt haben.

Der Fall lehrt uns zweierlei: Einmal, daß lediglich die Anordnung, Stuhl- oder Urin zur Untersuchung heranzugeben, Fälschungen absolut nicht ausschließt. Gerade im Anschluß an diesen Fall hat der Amtsarzt von R. beantragt, daß neben dem Desinfektor auch noch eine Fürsorgeschwester amtlich angestellt wird, die bei weiblichen Personen die Entnahme von Untersuchungsmaterial zu besorgen hat und außerdem auch beschäftigt werden soll zur Ueberwachung der fortlaufenden Desinfektion am Krankenbette. Denn den amtlichen Desinfektoren liegt lediglich die Vornahme der Schlußdesinfektion ob, deren schematische Anwendung und Ueberschätzung in der Bevölkerung ganz einseitige und den tatsächlichen Verhältnissen nicht Rechnug tragende Anschauungen über die vom Kranken ausgehenden Gefahren verursacht.

Was die Maßnahmen betrifft, die in vorliegendem Falle getroffen werden mußten, um eine weitere Verbreitung des Typhus zu verhindern, so war wohl am nächstliegendsten, dem W. den weiteren Vertrieb von Nahrungsmitteln zu verbieten. Für den Betroffenen wäre dies wohl weniger hart, wenn er eine gewisse Abfindungssumme regelmäßig erhielte und sich dafür verpflichtete, die beanstandeten Nahrungsmittel nicht mehr zu vertreiben. Daß die Stadtverwaltung letzten Endes hierbei doch noch sparen würde, erschien uns auf Grund folgender Erwägungen sicher: Jede Typhuserkrankung kostet, wie vielfache Schätzungen nach Lentz ergeben, selbst bei völliger Genesung des Erkrankten, der Allgemeinheit etwa 300 M. (Kosten für Behandlung, Desinfektion, Krankengeld etc.). Die Bazillenträger hatten also die Allgemeinheit mit 5100 M. für 17 von

ihnen verursachte Erkrankung belastet. W. ist über 70 Jahre alt. Voraussichtlich würde deshalb die Abfindung wohl nicht allzu viele Jahre hindurch für ihn bezahlt werden müssen. Derartige Abfindungen sind in der Literatur schon des öfteren empfohlen worden.

Auf den betreffenden Bazillenträger letzten Endes waren noch eine Reihe von Typhuserkrankungen in einem „Kinderheim zurückzuführen.[2]) Ein Kind war aus dem Typhushause entfernt worden und hatte 3 Wochen später einen Darmkatarrh bekommen, der für nicht typhöser Natur gehalten worden war. Besondere Isolierungsmaßnahmen in der Umgebung des Kindes wurden nicht ergriffen. Bei 3 anderen Kindern seiner Umgebung wurde serologisch und bakteriologisch Typhus festgestellt. Hieran schloß sich eine ausgedehnte Hausendemie, die erst nach Wochen und nur äußerst mühsam bekämpft werden konnte.

In letzter Zeit haben sich auch die Praktiker bemüht, zur Diagnose der Typhuserkrankung die Anreicherung des Blutes mit Galle mehr und mehr heranzuziehen und nicht mehr allein sich auf die bakteriologische Untersuchung von Stuhl und Urin zu verlassen. Die Galleröhrchen wurden von uns auf Anfordern in jedem Falle mit Eilpost zugesandt und ebenso zurückerbeten. Auf diese Weise stieg die Zahl der positiven Untersuchungsergebnisse erheblich. Daneben wurde die Agglutination des Blutes vorgenommen und die Dejekte zur bakteriologischen Untersuchung eingesandt. Immer wieder machten wir in jedem Fall darauf aufmerksam, daß alle Proben und unter Umständen wiederholt herangezogen werden müssen, wenn ein beweisendes Ergebnis bald erwartet werden soll.

Das eingesandte Material wurde wie bisher auf dem Malachitgrün- und dem Endonährboden verarbeitet. Eine sehr praktische Anweisung, ersteren genau auszutitrieren, gibt Knorre.[3])

Vervollkommnung, Beschleunigung und Verbilligung der Diagnosenstellung wurden mehrfach angestrebt. So haben wir zur Verbesserung der Typhusdiagnose das Bierastsche Petrolätherverfahren versucht. Soweit wir bei den Versuchen mit Kochsalzaufschwemmungen von Coli- oder Typhusreinkulturen arbeiteten, waren die Ergebnisse recht gut. Die Beimengung von Bouillon war von keinerlei ungünstigem Einfluß. Der Petroläther schädigte zweifellos nur die Colibazillen und verminderte ihr Wachstum. Allein, sobald wir bei den Versuchen nicht Kochsalzaufschwemmungen von Reinkulturen, sondern künstlich infizierte Stühle verwandten, war die Zahl der positiven Fälle bei größeren Versuchsreihen auch nicht größer als die bei den Untersuchungen, die ohne das Petrolätherverfahren vorgenommen waren.

Der Krieg zwang auch uns, eine Regenerierung des Agars vorzunehmen, um damit mit unserem Vorrat haus-

---

[2]) Siehe Zentralblatt für Bakt.; Orig., 1918.

[3]) Siehe Zentralbl. f. Bakt.; I. Abt., Orig., Bd. 79., H. 3.

zuhalten. Von den vielen angegebenen Regenerierungsverfahren wählten wir das von Baerthlein[4]) beschriebene. Da der so regenerierte Agar, wie auch andere feststellen, ziemlich weich und braun gefärbt war, war uns die Verbesserung des Verfahrens von Strößner[5]) sehr willkommen. Ausgedehnte Versuche bewiesen uns, daß Auffinden und Wachstum der Bakterien auf dem so regenerienten genau ebenso leicht und typisch war wie auf frischem Endoagar. Das Verfahren wird von uns beibehalten werden.

Für kleinere Betriebe, für den bakteriologisch arbeitenden Praktiker und nicht zuletzt fürs Feld möchten wir die Dörrschen Trockennährböden[6]) empfehlen; für größere Betriebe sind sie aber zu teuer. Sie geben sehr brauchbare, schnell, leicht und auch unter primitiven Verhältnissen herstellbare Nährböden. Während des Krieges hat die Firma ihre Präparate beträchtlich vermehrt.

Billiger und nach unseren Erfahrungen mindestens ebenso gut, dabei aber sehr handlich im Gebrauche sind die Bakteriennährböden, die in Büchsen konserviert auf Veranlassung von Uhlenhut und Messerschmidt von der Elsässischen Konservenfabrik Ungemach A.-G.-Schiltigheim bei Straßburg-Elsaß hergestellt wurden und zu beziehen sind[7]). Sie eignen sich wohl besonders dort, wo zur Ausführung zahlreicher bakteriologischer Arbeiten das Nährböden-Ausgangsmaterial fehlt oder wegen sonstiger Schwierigkeiten (Gasmangel) die gewöhnliche Herstellung der Nährböden erschwert ist.

In den Jahren 1915 und 1916 wurden eine ganze Anzahl neuer **Choleranährböden** empfohlen. Wir haben von ihnen den Nährboden von Esch, Kabeshima, Aronson, Lange (Stärke) den Chlorophylnährboden (Seiffert) und den Fleischnatronnährboden nachgeprüft. Am meisten wurden Colibazillen von den schon lange bekannten Blutalkaliagar nach Dieudonné, am wenigsten vom Stärkeagar zurückgehalten. Je elektiver ein Nährboden ist (z. B. Dieudonné), um so reiner, wenn auch weniger üppig wuchs Cholera. Deshalb scheint es uns notwendig, die Mengen des zu verarbeitenden Untersuchungsmaterials je nach der Natur des Nährbodens zu variieren. Wird diesem Gesichtspunkt Rechnung getragen, so wird wohl jeder Choleranährboden diagnostisch das leisten, was verlangt und erwartet wird. Da aber die Wahrscheinlichkeit des Nachweises der Choleravibrionen mit der Menge des verarbeiteten Materials wächst, wird der Boden den Vorzug verdienen, der den Colibazillen die schlechtesten Wachstumsbedingungen gewährt und deshalb mit bei anderen Nährböden nicht verwendbaren großen Mengen Untersuchungsmateriales beschickt werden kann. Aus

---

[4]) Münch. med. Wochenschrift; 1917, Nr. 14.
[5]) Zentralbl. f. Bakt.; I. Abt., Orig., Bd. 80, Hft. 4.
[6]) Zu beziehen von der chem. Fabrik Bram in Leipzig.
[7]) Uhlenhuth und Messerschmidt; Deutsch. med. Wochenschr., 1915, Nr. 10.

diesem Grunde ist der Blutalkaliagar nach Dieudonné auch heute noch den übrigen Nährböden überlegen. Uebrigens hat Dieudonné schon vor Jahren darauf hingewiesen, daß man große Mengen Stuhl auf die Originalplatte ausstreichen kann.

In der Diagnose der **Diphtherie** hat sich nichts geändert. Wir benutzen hier weiter die Löffler-Serumplatte und die Neisser-Doppelfärbung mit der zwischengestalteten Jodjodkalimilchsäurefärbung nach Gins. Neben der Langerschen Gramfärbung ist von Burckhard und Enriquez[8]) eine andere Methode zur Differenzierung angegeben worden, die sich auf das anaeroben oder anaerophilen Wachstum der Diphtheriebazillen im alkalischen Zuckeragar gründet. Gleichzeitig soll diese Methode eine Virulenzprüfung darstellen; denn alle durch sie als Diphtherie gefundenen Stämme waren auch im Tierversuche virulent, während Diphtheriestämme, die früher als typische avirulente Stämme bezeichnet worden waren, nicht anaerob gewachsen waren. Bei einer ganzen Reihe von Stämmen, die wir nach Wachstum und Verhalten gegen die Neisser-Färbung als echte Diphtheriebazillen ansprachen, stimmte dies mit dem anaeroben Wachstum im alkalischen Zuckeragar überein. Leider fehlt uns im Kriege das notwendig große Tiermaterial, sodaß wir eine Virulenzprüfung der gewonnenen Reinkulturen in dem wünschenswerten Umfange nicht durchführen konnten.

Die Nachprüfung der Löffler-Platten nach 48 Stunden hat sich weiterhin sehr bewährt. Ganz auffallend war, daß bei Bazillenträgern mit bereits länger bestehender Ausscheidung die Bazillen mit der Zeit erst nach 48 Stunden auf den Platten nachweisbar waren. In der Folgezeit blieb dies zwar nicht konstant; ab und zu waren die Bazillen wieder einmal schneller gewachsen. Im allgemeinen aber ließ sich doch ein endgültiges Verschwinden bald feststellen, wenn einmal die 48 stündige Bebrütung zu einem positivem Resultate geführt hatte.

Zweifellos ist der Bazillenträger für die Verbreitung der Diphtherie der wichtigste, wenn auch nicht der allein ausschlaggebende Faktor. Deshalb gewinnen die Umgebungsuntersuchungen bei Diphtherie immer mehr an Bedeutung. Bei den einfachen Verhältnissen des Familienkreises waren die Schwierigkeiten nie unüberwindbar. Die zweite Hauptstätte der Diphtherieverbreitung, die Schule aufzusuchen, ließen wir uns nach Möglichkeit angelegen sein. Recht gute Handhaben bieten bereits die Polizeiverordnungen einzelner Städte, die, soweit sie über die K. V. O. vom 9. März 1911 hinausgehen, der Genehmigung des K. Staatsministeriums des Innern bedürfen.

In der Stadt F. hat der Schularzt schon seit Jahren bei jedem neuen Falle einer Diphtherieerkrankung ganze Schulklassen bakteriologisch durchuntersuchen lassen. Die hygienischen Verhältnisse dieser Stadt sind uns bekannt; sie sind nicht wesent-

---

[8]) Zentralbl. f. Bakt.; Orig. 1917, 80. Bd., H. 1/3.

lich andere, als die der Nachbarstädte. Diphtherieerkrankungen in ihr sind jedoch jetzt im Vergleich der Nachbarstädte auffällig gering geworden. In einer dieser Städte wurde uns von schulärztlicher Seite, die uns bei der Seuchenbekämpfung besonders wirksam unterstützte, ein charakteristischer Ansteckungsfall nachgewiesen: Ein Kind, das zwischen zwei Bazillenträgern saß, erkrankte an schwerer Diphtherie. Eine andere Ansteckungsquelle als diese Bazillenträger anzunehmen, wäre bei der Eindeutigkeit des Falles fast gezwungen und erkünstelt gewesen.

Auch in unseren Bezirken war man mit Erfolg bestrebt, zur Unterstützung der beamteten Aerzte die Seuchenbekämpfung weiter durch Heranziehung von Hilfspersonal zu fördern, wie das auf allen Gebieten der sozialen Fürsorge (Säuglingsfürsorge und Tuberkulosebekämpfung) schon allenthalben mit Erfolg geschehen ist. Ein Bezirksarzt, der der Stadt R., ist bereits an die Vertretung der Stadt herangetreten mit dem Ersuchen, eine Fürsorgeschwester anzustellen, die hauptsächlich für sachgemäße Entnahme von Untersuchungsmaterial und Kontrolle der fortlaufenden Desinfektion zu sorgen hat. Seitens der K. Bakteriologischen Untersuchungsanstalt werden derartige für die Allgemeinheit aufzuwendenden Kosten den zuständigen Behörden gegenüber natürlich aufs wärmste unterstüzt.

Es ist wohl auch durch die Häufung der **Geschlechtskrankheiten** im Kriege zu erklären, wenn bei der Untersuchung männlicher Kranken und der Prostituierten nach einer einfachen, schnell orientierenden und den Untersucher weniger als die Durchsicht der Grampräparate ermüdenden Methode gesucht wurde. Von neuen Methoden haben wir zwei versucht: Eine abgeänderte Gramfärbemethode, bei der an Stelle des Anilinwassergentianavioletts $^1/_2$% wässrige Methylviolettlösung und zur Gegenfärbung an Stelle des Fuchsins $^1/_{00}$ Neutralrotlösung zur Verwendung kommt. Besondere Vorteile konnten wir bei dieser Art der Gramfärbung nicht finden; ein sehr viel leichteres Auffinden der Gonokokken ermöglicht sie jedenfalls nicht. Diesen Vorteil hingegen besitzt eine andere von Kindborg angegebene Methode[9]), die sich der Karbolthioninlösung und der Pikrinsäure bedient. Ihr Vorteil ist, daß die dunkelbraun gefärbten Gonokokken sehr leicht erkannt werden können. Auch wir beobachteten wie Kindborg, daß diese Färbung eine Art Sonderfärbung der Gonokokken darstellt. Als Kontrolle hierfür diente uns das Grampräparat. Ihr Vorteil scheint uns namentlich bei der Kontrolle, ob eine weibliche Gonorrhöe als ausgeheilt betrachtet werden darf, nicht unbeträchtich; denn der Streit über die Prognose der weiblichen Gonorrhöe ist in letzter Zeit wieder heftig entbrannt. Soweit sich jetzt schon gemeinsame Gesichtspunkte aus den dermatologischen Veröffentlichungen herauskristalisieren, wird hierbei ein allzu großer Optimismus bis jetzt nicht am Platze sein. Jedenfalls mehren

---

[9]) Zentralbl., f. Bakt; I. Abt; Orig; Bd. 80; H. 4.

sich in der Kriegszeit Angaben auf unseren Untersuchungsanträgen, nach denen der Entnahme des Materials (Portio- oder Urethra-Sekret) eine Provokation vorausging, wie dies vorsichtshalber zwecks Erlangung einwandfreier Ergebnisse in letzter Zeit immer häufiger verlangt wird.

Bei den Untersuchungen der eingesandten Blutproben nach der Reaktion von Wassermann hielten wir uns streng an die Originalmethode. Der Vergleich unserer Untersuchungsergebnisse mit Notizen über die klinischen Diagnosen und den Verlauf der Erkrankung, die wir später einforderten, zeigte uns, daß wir auf diese Weise dem Praktiker meist wertvolle Anhaltspunkte für die Diagnose gegeben hatten. Die von vielen Seiten angegebenen Verbesserungen und Verfeinerungen der Methodik wurden als z. Z. noch zu unsicher bis jetzt nicht in den praktischen Untersuchungsbetrieb eingeführt.

Recht empfehlenswert wäre es, wenn Reagentien wie die Antigene, ausschließlich von einer Zentralstelle hergestellt und nur sie für die Probe verwandt werden dürfen, damit Vergleiche zwischen den Resultaten verschiedener Untersucher in Zukunft besser möglich wären.

Die Erfolge der im Heere seit dem Kriege durchgeführten **Typhusschutzimpfung** sind so offensichtlich, daß auch in der Zivilbevölkerung die Impfung aus prophylaktischen Gründen immer häufiger in Betracht gezogen wird. Wir empfehlen die Schutzimpfung gefährdeter Personen. Bei entsprechender Belehrung der Bevölkerung werden größere unüberwindbare Schwierigkeiten kaum zu befürchten sein. Neuerdings hat Abel für die Zivilbevölkerung die Schutzimpfung in größerem Umfange durchgesetzt. Er hat auch wertvolle Ratschläge, wie man durch zweckmäßige Organisation der Arbeitshäufung Herr werden kann, erteilt[10]).

Einen vollen Erfolg in der Bekämpfung einer Typhusepidemie hatte auch in Ostende die für ein Jahr durchgeführte Typhusschutzimpfung, worüber Fürth, Pflugbeil und Oertel[11]) berichten. Die Verhältnisse gestatteten hier besonders gut, den Gesundheitszustand der geimpften Bevölkerung zu verfolgen.

Die Untersuchungsanstalt beteiligte sich auch an der im Anfang des Krieges dringend notwendigen Herstellung größerer Mengen von Cholera- und Typhusimpfstoffen und half den großen Bedarf, der auf diesem Gebiete anfangs infolge der notwendigen Massenimpfungen herrschte, decken.

Auch sogenannte Autovakzins, die bei chronischen Infektionen in letzter Zeit mehr und mehr mit Erfolg angewendet werden, wurden hergestellt und mit ihren Herstellungen Er-

---

[10]) Abel: Massenschutzimpfung anläßlich einer Typhusepidemie. Oeffentliche Gesundheitspflege mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene; 1917, II. Jahrgang, H. 9.

[11]) Siehe Zeitschrift für Hygiene; 1917, 83. Bd., 3. H.

fahrungen gesammelt. Ueber Studien betr. Wirkungsweise und Dosierung von Impfstoffen, die sich an diese Arbeiten anschlossen, ist zum Teil in der Münch. Med. Woch.; 1915, Nr. 13, S. 431 bereits berichtet. Da an den bakteriologischen Anstalten die Erreger der betreffenden Infektionen aus dem eingesandten Material meist in Reinkultur gewonnen werden, so sind daselbst leicht diese Impfstoffe auf Wunsch der behandelnden Aerzte herzustellen.

Endlich wurden an der K. Bakteriologischen Untersuchungsanstalt Erlangen auch neuere **Desinfektionsmethoden** und **Sanierungsmethoden,** namentlich mit Ersatzmitteln nachgeprüft. Am meisten interessierten uns Methoden, mit denen Ungeziefer, wie Läuse, Flöhe und Wanzen abgetötet werden. Die Nachteile der Heißluft und Wasserdampfsanierung sind ja bekannt. Empfindliche Objekte sind auf diesem Wege nicht zu behandeln. Formaldehyd und Schwefelpräparate stehen nicht mehr zur Verfügung, ersteres ist ja auch Ungeziefer gegenüber wenig wirksam. Als hochwirksam dagegen erwies sich die Blausäure. Der Anstalt steht für solche Versuche ein vollkommen dichtes Zimmer zur Verfügung, in dem keinerlei natürliche Ventilation stattfindet und alle physikalischen und chemischen Faktoren genau zu regulieren und konstant zu erhalten sind.

Die hier gewonnenen Erfahrungen sollen an anderer Stelle veröffentlicht werden.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Ueber Kriegshysterie, die sogenannte Zitterneurose und ihre Behandlung. Von Dr. H. Többen, Münster i. W. Aerztl. Sachverständigen Zeitung; 1917, Nr. 16 und 17.

Nach einer ausführlicheren wissenschaftlichen Auseinandersetzung über die Hysterie, ihre Erscheinungsformen und ihr Wesen, wobei namentlich die Ansichten von Gaupp, Oppenheim und Nonne berücksichtigt werden, geht Verfasser auf das Vorkommen der Hysterie im Krieg und deren Behandlung ein. Nach dem Vorgehen von Kaufmann, der Suggestion mit Rigorosität und elektrische Ströme zugleich anwendet und damit gute Erfolge hatte, wurden zahlreiche Fälle von Kriegshysterie behandelt und damit recht günstige Erfolge erzielt. Insgesamt sind im Bereich des Armeekorps, für das Verfasser als fachärztlicher Beirat für Nervenkrankheiten angestellt ist, 2103 an Hysterie und Zittererscheinungen Erkrankte behandelt, von denen 1756 von ihren groben Krankheitserscheinungen befreit wurden, darunter viele Rentenempfänger. Einige charakteristische Krankengeschichten werden mitgeteilt

Verfasser glaubt aus seinen Beobachtungen den Schluß ziehen zu dürfen, daß in die früher etwas in die Defensive geratene Therapie der Nervenärzte ein frischer Zug gekommen und ein lebhafter Offensivgeist eingedrungen ist.

Dr. Solbrig-Breslau.

Zur Frage der sozialen Bedeutung der Kriegsneurosen. Von Dr. Voss-Crefeld. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 21.

Als fachärztlicher Beirat für Nervenkrankheiten hat Verfasser auf Grund seiner Tätigkeit in einer Militärnervenklinik über diese wichtige Frage folgenden Standpunkt gewonnen:

1. Die unter dem Einflusse der kriegerischen Erlebnisse eingetretene starke Vermehrung der Neurosen bringt große soziale Gefahren mit sich.

2. Diese Gefahren sind in erster Linie bedingt durch die übermäßige affektive Erregbarkeit der Kranken, die durch ihre Neurose die Herrschaft über sich mehr oder weniger eingebüßt haben.

3. Diese Hemmungslosigkeit führt manchmal zu Konflikten beim Militär, und nach der Entlassung aus dem Kriegsdienst auch im bürgerlichen Leben.

4. Die sozial so wichtige Aufgabe, diesen Kranken die verlorenen Hemmungen wiederzugeben, ist nur durch eine zweckentsprechende, zielbewußte Beurteilung ihrer Straftaten in foro zu erreichen.

5. Neurotiker und Psychopathen sind im allgemeinen für die im Affekt begangenen Straftaten verantwortlich.

6. Bei Beurteilung des Einzelfalles sollen Richter und Sachverständige sich dessen bewußt sein, daß durch eine streng sachliche Stellungnahme sowohl der Angeklagte, als auch, über ihn hinausgehend, die Gesamtheit der Neurotiker und Psychopathen sozial erzogen werden muß.

Dr. Solbrig-Breslau.

Hirnverletzte Krieger. Von Sanitätsrat Dr. Lilienthal. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; Jahrgang 23, Nr. 13, 21. Juni 1917.

Der größte Teil der Hirnverletzten kommt mit dem Leben davon. Die Ausfallerscheinungen bewerten sich je nach der Wichtigkeit der getroffenen Stellen. Manchmal gehen die Erscheinungen nach Monaten noch erheblich zurück. Vielleicht werden die funktionstüchtigen Reste der zerstörten Gegend durch stärkere Beanspruchung leistungsfähiger, vielleicht auch besteht die Möglichkeit des Neuerlernens durch die entsprechenden Teile der anderen Hirnhälfte.

Dieses Neu- bezw. Wiedererlernen wird durch zweckmäßige Uebung und Schulung beschleunigt; deshalb müssen „Schulen für Hirnverletzte" errichtet werden.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Kriegsparalyse und Dienstbeschädigung. Von Prof. Dr. L. Weber-Chemnitz. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 34.

Die progressive Paralyse ist in allen Fällen eine Folgeerscheinung der Syphilis, aber sie ist nicht eine Teilerscheinung oder „Verschlimmerung" der gewöhnlichen Syphilis, sondern eine besondere Neuerkrankung. Für die Annahme, daß ein als Dienstbeschädigung aufzufassendes äußeres Ereignis die Paralyse hervorgerufen hat, sprechen folgende Umstände: a) Fehlen von paralyseverdächtigen Symptomen vor der Einwirkung der Dienstbeschädigung; b) schwere Verletzung des Schädels oder Gehirns, schwere Allgemeinerkrankung (starke Blutverluste), länger oder wiederholt einwirkende körperliche und seelische Strapazen als Dienstbeschädigung; c) angemessener Zwischenraum (ein Monat bis 2 Jahre) zwischen Dienstbeschädigung und erster Feststellung paralytischer Symptome; d) Abweichungen vom Durchschnittsverlauf wie jugendliches Alter (unter 35 Jahren), kurze Inkubationszeit (unter 6 Jahren), sehr heftige oder atypische Symptome, rapider Verlauf (Krankheitsdauer unter einem Jahre), Fehlen der Patellarreflexe schon beim Beginn der Erkrankung, atypischer Sektionsbefund. Treffen die unter b und d hier aufgeführten Voraussetzungen zu, dann ist die Verschlimmerung einer sicher vorher schon vorhandenen Paralyse durch die Dienstbeschädigung anzunehmen. Bei Verdacht auf progressive Paralyse und sonst negativen Befunden muß immer die Lumbalpunktion und die Wassermann-Reaktion der Rückenmarksflüssigkeit gemacht werden.

Dr. Roepke-Melsungen.

Ein Fall von wahrscheinlicher Selbstdurchstechung des Trommelfells. Von Regt.-Arzt Dr. Oskar Mauthner, Abteilungschefarzt. Aus dem Garnisonspital 6 in Olmütz. Militärsanitätswesen, Nr. 50; Beilage zu Nr. 50 der Wiener klin. Wochenschrift; 1917.

Am linken Ohre eines Soldaten, der angab, am 8. Mai durch eine Ohrfeige verletzt worden zu sein, fand der Autor am 14. Mai eine Durchlöcherung. Die frische Blutkruste, die Randbeschaffenheit, — der Rand erschien aufgeworfen und verdickt —, und die Gefäßinjektion — die Gefäße des Hammers waren

stärker injiziert als normal, ebenso ein von der Oeffnung über den hinteren oberen Quadranten radiär verlaufendes Gefäß — wiesen darauf hin, daß das Entstehen der Perforation nur kurze Zeit zurücklag. Es bestand somit ein wesentlicher Unterschied gegenüber den Perforationen, die durch Luftverdichtung oder Verdünnung, bezw. durch Schlag auf das Ohr entstehen. Der Autor nimmt an, daß die Selbstbeschädigung auf folgende Weise entstanden ist: Legt man eine dünne Untersuchungssonde an den Anfangsteil der Vorderwand des äußeren Gehörgangs und schiebt sie, an diesen Teil fest angelehnt, vorsichtig in die Tiefe, so trifft die Sondenspitze ungefähr die Gegend, wo hier die Verletzung lag: knapp unterhalb des Nabels des Trommelfells. Es bestand gleichzeitig Lues cerebrospinalis, die erklärte, daß die nachgewiesene Gleichgewichtsstörung nicht Folge einer traumatischen Labyrinthschädigung gewesen ist.

Dr. Mayer-Simmern.

Die strafrechtliche Begutachtung Heeresangehöriger. Von Prof. Dr. Hübner-Bonn. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 11 u. 12.

Aus einer großen Fülle von Fällen, die Verfasser zu begutachten hatte, hebt er wichtige klinische und forensische Gesichtspunkte hervor, aus denen sich ergibt, um welche Typen es sich hauptsächlich handelt und welche Schwierigkeiten für den Gutachter vorkommen. Besonders sind es folgende Delikte, die vorkommen: unerlaubte Entfernung, Fahnenflucht, Feigheit, Selbstverstümmelung, Totschlag, Sexualdelikte. An einer Reihe von Fällen zeigt Verfasser, daß es sich bei diesen Delikten seltener um echte Geistesstörungen, als um geistige Minderwertigkeit handelt, wobei nicht Unzurechnungsfähigkeit im Sinne des § 51 vorliegt. Für den Psychiater bietet sich jedenfalls manche Gelegenheit, Fälle von Delikten, die sonst schwer zu erklären sind, psychologisch und psychiatrisch zu erschließen. Eigentliche Simulation hat Hübner wie auch sonst die meisten Sachverständigen selten feststellen können, häufiger schon Aggravation und Vortäuschung einzelner Symptome.

Dr. Solbrig-Breslau.

Die Ergebnisse der neuzeitlichen Tuberkuloseforschung und das Mannschaftsversorgungsgesetz vom 31. Mai 1906. Von Stadtschularzt Prof. Dr. Thiele, Chemnitz. Deutsche med. Wochenschrift; 1918, Nr. 3.

Wenn auch das Mannschaftsversorgungsgesetz zugunsten tuberkulöser Heeresentlassener in weitgehender Weise Anwendung findet, ist eine grundsätzliche Berücksichtigung der Ergebnisse der neuzeitlichen Tuberkuloseforschung bei einer Neubearbeitung des Gesetzes dringend erwünscht. Die Verstümmelungszulage, die außer bei äußeren Verstümmelungen gegeben werden kann „bei andereren schweren Gesundheitsstörungen, wenn sie fremde Pflege und Wartung nötig machen", sollte den tuberkulösen Lungenkranken zuteil werden. Ferner muß die Tatsache, daß der Schwindsüchtige ein immer neuer Quell der Ansteckung für seine Umgebung und der gegebene Verbreiter der Tuberkulose in seiner Familie ist, durch Trennung des Erkrankten von seiner Familie in den Vordergrund gerückt werden (Heimstätten, Arbeits- und Genesungsheime). Es sind daher schwerkranke Tuberkulose in Hinblick auf den Schutz der Kinder vor Ansteckung solange als möglich oder dauernd in Heimstätten zurückzuhalten. Den Angehörigen ist für diese Zeit eine „Heimstättenzulage" zu gewähren.

Dr. Roepke-Melsungen.

Die Beurteilung Kieferverletzter hinsichtlich ihrer Diensttauglichkeit und Erwerbsfähigkeit. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Partsch-Breslau. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 8 und 9.

Die Frage der Beeinträchtigung der Militärdiensttauglichkeit und der Erwerbsfähigkeit wird bei Verletzungen und Erkrankungen der Mundorgane individuell und wesentlich danach zu beurteilen sein, in welchem Umfang Kauakt und Sprechvermögen gestört und kosmetische Entstellung hervorgerufen ist.

Der Kauakt kann durch Narben und Substanzverlust, Herabsetzung der Beweglichkeit und Empfindungsfähigkeit der Weichteile oder Kauorgane geschädigt werden. Die Schwere der Schädigung wird weniger von der Zahl der verloren gegangenen Zähne, als nach dem Verhalten und dem Bißvermögen der verbliebenen zu beurteilen sein.

Schwere Bißanomalien (offener Biß), Verschiebung der Zahnfortsätze bei ungünstig geheilten Brüchen können bei erhaltenen Zähnen den Kauakt erheblich beeinträchtigen.

Unvollkommener Kauakt durch mangelhafte Festigkeit des Kiefers bedingt Darreichung besonderer Kost, wird also die Felddienstfähigkeit aufheben.

Vollständige Unmöglichkeit des Kauens macht dienstunfähig und läßt Verstümmelungszulage berechtigt erscheinen, wenn nur künstliche Ernährung möglich ist.

Mangelhafte Mundöffnung ist auf die genaue Entstehungsursache zu prüfen, ehe Entscheidung wegen der Diensttauglichkeit gefällt wird.

Unverständlichkeit der Sprache durch nasalen Beiklang oder gestörte Lautbildung läßt nur Garnisondienstfähigkeit zu.

Kosmetische Entstellung wird nur bei höheren Graden Garnisondienstfähigkeit aufheben, aber auch bei Dienstfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bedingen. Dr. Solbrig-Breslau.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Zur Psychologie der Unfallverletzten. Von Dr. Placzek-Berlin. Zeitschrift für Bahnärzte; 1918, Nr. 6.

Der Verfasser teilt einen interessanten Fall mit: Ein durch Unfall an hysterischem Irresein erkrankt gewesener Mann, der mit den Gerichten unliebsamste Bekanntschaft gemacht hatte, konnte voll genesen und bewies die Wertlosigkeit der gangbaren Neurosenkennzeichen, indem er ausdauernde, glänzend bezahlte Arbeit leistete und vorbildlich eine Rente weiterzunehmen ablehnte, die ihm nach seiner Meinung nicht mehr zustand. Dr. Wolf-Hanau.

Hervorragende Wirkung der Abfindung eines nervösen Unfallverletzten. Von Hessbrügge-Bochum. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 10.

Ein Hauer hatte durch Sturz eine völlig hysterische Armlähmung und einen schweren Zustand von Gemütskrankheit erlitten. Die Unfallrente wurde im Laufe der Jahre erhöht bis auf 60 %. Der Verletzte kämpfte um die Vollrente. Schließlich wurde er — 13 Jahre nach dem Unfall — mit einer einmaligen Zahlung eines Kapitals abgefunden, was möglich war, da es sich um einen Ausländer handelte. Nach kaum 4 Monaten war jedes Krankheitsgefühl gehoben und der Verletzte soweit hergestellt, daß er bei der Musterung felddienstfähig befunden wurde und auch dann an der Front mehrere Monate hindurch war.

Der Fall lehrt, wie zweckmäßig die Abfindungsmöglichkeit bei nervösen Störungen sein würde. Dr. Solbrig-Breslau.

Zwei augenärztliche Unfallbegutachtungen. Von Geh. Med.-Rat Dr. Wagner-Berlin. Zeitschrift für Bahnärzte; 1918, Nr. 4.

Der Verfasser veröffentlicht zwei bemerkenswerte augenärztliche Begutachtungen, von denen das erste die Bedeutung der traumatischen Neurose erheblich überschätzt. In dem zweiten Obergutachten wird die Rente infolge Gewöhnung an die Einäugigkeit mit Recht auf 30 % festgesetzt.

Dr. Wolf-Hanau.

Verstopfung der Lungenschlagadern — Unfallfolge. An einem ärztl. Gutachten erläutert von Prof. Dr. C. Thiem-Cottbus. Monatsschrift für Unfallheilkunde; 1917, Heft 7.

Ein 70 Jahre alter Zimmergeselle wurde, auf einem von einem Schlepper bewegten Prahm stehend, in das Innere des Prahms geschleudert; er trug Kopfverletzungen davon, an die sich am 2. Tage eine Wundrose anschloß. Diese klang schnell ab, trotzdem trat unter Fiebersteigerung und Bewußtseinstrübung 4½ Wochen nach dem Unfall der Tod ein. Die Obduktion deckte als Ursache mehrere Lungenembolie auf, von denen ein größerer mit seiner Abrißstelle auf einen in der rechten Schenkelbruchader sitzenden Blutpfropf aufpaßte. Es hatte sich demnach infolge des langen Krankenlagers und infolge

Schwächung des Herzens durch die Wundinfektion (braune Atrophie) eine marantische Thrombose der Schenkelblutadern entwickelt, die zur unmittelbaren Todesursache, der Lungenembolie, geführt hatte. Der tödliche Ausgang war daher eine Unfallfolge. Dr. Rehberg-Pyritz i. P.

Lungentuberkulose nach Brustquetschung. An einem ärztl. Gutachten erläutert von Prof. Dr. C. Thiem-Cottbus. Monatsschr. f. Unfall.; 1917, Nr. 5.

Nach einer Brustquetschung durch ein einstürzendes Gerüst fanden sich bei einem bis dahin gesunden Manne auf der linken hinteren Brustseite stechende Schmerzen, Schallverkürzung, Rasselgeräusche, leichte Temperatursteigerungen; Tuberkelbazillen wurden nicht nachgewiesen.

Die Verletzung war der Ausgangspunkt einer Lungentuberkulose gewesen, die wie meistens in solchen Fällen durch Aufflackern eines latenten Herdes entstanden war. Diese sogenannte Kontusionstuberkulose wird, wie die Erfahrung lehrt, bis etwa 1/2 Jahr nach dem Unfall offenbar; eine 6 Wochen nach der Verletzung auftretende Lungenblutung war schon auf die aktive Tuberkulose, nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen. Anfangs negativer Bazillenbefund und negative Tuberkulinprobe sprechen nicht gegen den ursächlichen Zusammenhang der Tuberkulose mit dem Unfall.

Dr. Rehberg-Pyritz i. P.

Tod durch Lungenkrebs — Unfallfolge. Von San.-Rat Dr. P. Frank. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 19.

Ein 47 jähriger Putzer war nach kurzem Krankenlager im Krankenhause gestorben, und zwar nach dem Ergebnis der Obduktinom an Lungenkarzinom mit vielfachen Metastasen.

Nachträglich wurde von der Witwe Ansprüche auf Unfallrente erhoben. Tatsächlich war festzustellen, daß 14 Wochen vor dem Tode eine Verletzung im Betriebe, nämlich ein Schlag mit einer eisernen Brechstange gegen die linke Brustseite stattgefunden hatte. Auch hatte der Verletzte, wiewohl er weiter arbeitete, seitdem häufig über Brustschmerzen geklagt.

Verfasser vertrat den Standpunkt, daß der Unfall eine Beschleunigung des tödlichen Ausgangs zur Folge gehabt hatte, indem die Metastasenbildung dadurch hervorgerufen wurde. Zwei außerdem gehörte Sachverständige (Autoritäten auf diesem Gebiete) waren gleichfalls der Ansicht, daß ein Zusammenhang zwischen Unfall und Tod bestehe; der eine, indem er sich der Ansicht des Verfassers anschloß, der zweite, indem er annahm, daß primär ein Leberkrebs vorhanden gewesen sei und von ihm aus durch das Trauma eine Mobilisierung der Krankheitskeime stattgefunden habe, wodurch es zu dem Lungenkrebs gekommen sei.

Die Berufsgenossenschaft erkannte den Zusammenhang an.

Dr. Solbrig-Breslau.

Wirbelsäulenmetastase nach Nebennierenkrebs. Fragliche Beziehung zu Trauma. Glykosurie. Von Dr. K. Kaiser-Klagenfurt. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 18.

Eine 26 jährige Magd wurde nachts von zwei Burschen mißhandelt und mit der Lendengegend gegen die Bettkante geworfen. Sie war von da an krank und klagte besonders über Lendenschmerzen, die stetig zunahmen und innerhalb von zwei Monaten zur völligen Lähmung beider Beine führten. Im Krankenhaus wurde eine Myelitis transversa lumbalis ascendens angenommen. Es trat starke Glykosurie ein. 5 Monate nach der Verletzung starb die Kranke.

Die Obduktion ergab Nebennierenkrebs und eine metastatische Wirbelsäulengeschwulst des ersten Lendenwirbels.

Verfasser nahm an, daß das Trauma für die Lokalisation der Metastase bestimmend war bezw. ihr Wachstum dagegen mindestens gefördert hat. Die zuständigen Gerichtsärzte erklärten den Zusammenhang der tödlichen Erkrankung mit der Verletzung als unbewiesen.

Dr. Solbrig-Breslau.

Hüftnervenweh (Ischias) Zuckerharnruhr- oder Unfallfolge? An einem ärztlichen Gutachten erläutert von Prof. Dr. C. Thiem-Cottbus. Monatsschrift für Unfallheilkunde; 1917, H. 7.

Ein 51 Jahre alter Arbeiter empfindet beim Heranziehen einer 4 Zentner schweren durch eine Winde hochgezogenen Last, einer unter den gegebenen Umständen ungewöhnlichen körperlichen Anstrengung, plötzlich einen heftigen Schmerz im Kreuz, so daß er schwindlich wird und nach rückwärts taumelt; daran schließt sich eine schwere linksseitige Ischias. Mehrere Wochen nach dem Unfall wird im Urin 1 % Zucker festgestellt; ob er zur Zeit des Unfalls schon vorhanden war, ist nicht sicher. Der Diabetes bildet aber sicher nicht die Ursache der Ischias, weil diese trotz schneller Entzuckerung unter entsprechender Diät weiter bestehen blieb. Der Verletzte erlitt vielmehr durch den ungewohnten Ablauf der Arbeit eine Zerrung der linksseitigen Lendenmuskeln, vielleicht auch des Hüftnerven; daran schloß sich die Neuralgie, für deren Beginn als traumatischer Hexenschuß auch das anfängliche Fehlen des Lassègneschen Symptomes und die Tatsache spricht, daß ein solches Leiden vor Jahren schon einmal vorausgegangen war. Dr. Rehberg-Pyritz i. P.

Die Bedeutung der Reichsversicherungsordnung für den Frauenarzt. Von Prof. Dr. E. Martin-Berlin. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1917, Nr. 22 und 23.

Nach einigen allgemeinen Ausführungen über grundlegende Bestimmungen an der Hand von Entscheidungen des Reichsversicherungsamts zeigt Verfasser an einzelnen Beispielen aus den Akten und Veröffentlichungen des R. V. A., wie Frauen bei Unfallschäden der Geschlechtsorgane durch die Bestimmungen der R. V. O. unterstützt und ihre Wiederherstellung gewährleistet werden kann. So werden offene Verletzungen am Scheideeingang, vorzeitige Schwangerschaftsunterbrechungen, plötzliche Blutungen bei Placenta prävia, Hämotozelen, Blutungen nach Extrauterinschwangerschaft, Vorlagerungen der Gebärmutter. Prolapse, entzündliche Erkrankungen des Beckens und seiner Organe, Tumoren besprochen und die gefällten Entscheidungen des R. V. A. zu solchen Erkrankungen kurz angeführt. Man erkennt, worauf es bei der ärztlichen Sachverständigentätigkeit ankommt und merkt aus den Entscheidungen das Wohlwollen, das zugunsten der geschädigten Frauen zur Anwendung kommen soll. Die Einzelheiten dieser für den Gutachter so wichtigen Fragen möge man im Original nachlesen. Dr. Solbrig-Breslau.

Der lediglich zeitliche Zusammenhang zwischen Tod und Unfall rechtfertigt nicht allein die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 2. Oktober 1918. Der Kompaß; 1918, Nr. 5.

Aus dem Gutachten des Geheimen Medizinalrats Professors Dr. O. und des Professors Sch. ergiebt sich, daß die Todesursache, der der Lokomotivführer R. erlegen ist, medizinisch nicht festzustellen ist. Inbesondere läßt sich durch ärztliche Wissenschaft nicht nachweisen, daß der am 13. April 1914 plötzlich erfolgte Tod durch ein Leiden herbeigeführt worden ist, das mit dem Unfalle vom 17. Januar 1914 (Beckenbruch und Schulterquetschung) in einem ursächlichen Zusammenhang gestanden hat. Gleichwohl hält Prof. O. einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Tod im Gegensatze zu Professor Sch. für überwiegend wahrscheinlich wegen des zeitlichen Zusammenhanges, der zwischen dem Tode und einigen auf dem Unfalle beruhenden Krankheitserscheinungen besteht. Da indessen die letzteren auch nach dem Gutachten des Prof. O. den Tod nicht erklären können und jeder Anhalt dafür fehlt, daß der Unfall noch ein weiteres, nicht festgestelltes Leiden, das den Tod herbeigeführt haben könnte, zur Folge gehabt hat, so hat sich der Senat der Auffassung des genannten Sachverständigen nicht anschließen können. Denn der lediglich zeitliche Zusammenhang vermag die Ueberzeugung, daß auch eine ursächliche Beziehung zwischen dem Unfalle und dem Tode bestehe, nicht zu begründen. Da hiernach eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für den ursächlichen Zusammenhang nicht anerkannt werden kann, konnte dem Rekurse der Hinterbliebenen nicht stattgegeben werden.

Einstellung der Rente wegen grundloser Weigerung, sich ärztlich untersuchen zu lassen. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 10. Oktober 1917. Der Kompaß; 1917, Nr. 5.

Das Rekursgericht hat keinen Anlaß gefunden, von den zutreffend begründeten Entscheidungen des Oberversicherungsamts abzuweichen. Nach dem einwandfreien Gutachten des Sanitätsrats Dr. V. vom 30. Juni 1915 war in den Folgen des Unfalls vom 18. September 1913 eine wesentliche Besserung insofern eingetreten, als die Abspreizbewegung des rechten Beins wieder normal geworden und teilweise Angewöhnung erfolgt war. Gegen die dem Vorschlage des genannten Arztes entsprechende Herabsetzung der Rente von 20 auf 10% sind daher keine Bedenken zu erheben. Ebensowenig kann sich der Kläger durch die im späteren Bescheide erfolgte Entziehung der Rente beschwert fühlen. Sein Verlangen, durch einen von ihm gewählten Arzt untersucht zu werden, findet im Gesetze keine Stütze. Nach § 1595 Abs. 1 der RVO. ist das Versicherungsamt zur Einholung eines Gutachtens eines bisher noch nicht gehörten Arztes nur dann verpflichtet, wenn das Gutachten seiner Ansicht nach für die Entscheidung von Bedeutung sein kann. Die Anhörung eines solchen Arztes ist also in das Ermessen des Versicherungsamts gestellt. Einen Zwang zur Vernehmung eines von ihm bezeichneten Arztes kann der Verletzte nach § 1596 der RVO. nur dadurch ausüben, daß er die Kosten im voraus entrichtet. Da diese Voraussetzungen hier nicht vorliegen, war die Weigerung des Klägers, sich durch den von der Berufsgenossenschaft bestimmten Arzt untersuchen zu lassen, eine grundlose, und die Berufsgenossenschaft war nach ständiger Rechtsprechung des R.-V.-A. berechtigt, den nach Lage der Verhältnisse zulässigen, für den Kläger ungünstigsten Schluß bezüglich seines infolge der Verletzung zurückgebliebenen Körperzustandes zu ziehen.

Eine aus der Fortsetzung der Berufstätigkeit drohende Gefahr der Verschlimmerung der Krankheit (Tuberkulose) des Versicherten und infolgedessen Ueberweisung in eine Heilstätte begründet Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 182 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung nur dann, wenn die Verschlimmerung in absehbar naher Zeit zu gewärtigen ist. Revisionsentscheidung vom 24. Oktober 1917. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts; 1917, Nr. 12.

Eine einem versicherten Kriegsbeschädigten durch den Lazarettarzt erteilte unrichtige Rechtsbelehrung kann einen außerhalb des Willens des Versicherten liegenden Umstand darstellen, durch den er von der rechtzeitigen Stellung eines Antrags auf Rente (§ 1253 der Reichsversicherungsordnung) abgehalten worden ist. Revisionsentscheidung vom 16. Oktober 1917. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts; 1917, Nr. 12.

Die Krankenkasse hat die Kosten einer ärztlichen Bescheinigung zur Erlangung einer Milchbezugskarte dem Versicherten dann zu erstatten, wenn die Milch zu den kleinen Heilmitteln im Sinne des § 182 Nr. 1 R.V.O. gehört, vom behandelnden Arzte verschrieben ist und die Kasse die Kosten der ärztlichen Behandlung durch diesen Arzt zu tragen hat. Revisions-Entscheidung vom 24. Oktober 1917. Ebenda 1917, Nr. 12.

Die Voraussetzung zur Gewährung von Kriegswochenhilfe ist nicht erfüllt, so lange ein von der Militärbehörde bewilligter Urlaub dem Ehemann der Wöchnerin gestattet, das bürgerliche Leben wieder aufzunehmen oder fortzusetzen. Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 17. September 1917. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1917, Nr. 11.

Die Gewährung der Kriegswochenhilfe einschließlich des Entbindungsbeitrages gemäß der Bekanntmachung vom 8. Dezember 1914 befreit die Krankenkasse nicht von der Leistung eines auf Grund der

Reichsversicherungsordnung (§ 205 Nr. 1) satzungsmäßig zu gewährenden Entbindungskostenbeitrages. Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 17. September 1917. Ebenda; 1917, Nr. 11.

Der Anspruch auf Kriegswochenhilfe wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß der Ehemann der Wöchnerin nach Eintritt in den Kriegsdienst eine Stellung erlangt, in der er nach § 169 der Reichsversicherungsordnung versicherungsfrei sein könnte. Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 1. Oktober 1917. Ebenda; 1917, Nr. 11.

Ein Erstattungsanspruch auf Wochengeld nach § 197 R.V.O. besteht auch dann, wenn die Wöchnerin im letzten Jahre vor der Niederkunft allein schon bei der leistungsfähigen Kasse sechs Monate versichert war. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 4. Juni 1917. Ebenda; 1917, Nr. 8.

Der in der Bekanntmachung über Kriegswochenhilfe vorgesehene Entbindungskostenbeitrag ist auch dann zu zahlen, wenn der Wöchnerin keine Kosten entstanden sind. Wird diese während der siebenten und achten Woche nach der Entbindung infolge von Krankheit arbeitsunfähig, so ist das Wochengeld (§ 165 R.V.O.) für eine entsprechend lange Zeit vor der Entbindung zu gewähren. Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 19. Juni 1917. Ebenda; 1917, Nr. 8.

C. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

Der Säuglingsschutz und die Aerzte. Von Prof. Dr. Leo Langstein, Direktor des Kaiserin-Auguste-Viktoriahauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1917, Nr. 13.

Während jetzt beruflich und nicht beruflich zahlreiche Persönlichkeiten in Säuglingshygiene und -fürsorge ausgebildet werden, besteht für den angehenden Arzt noch nicht überall die Möglichkeit, sich auf diesem wichtigen Gebiete so auszubilden, daß er diesen Bestrebungen in der Praxis später als Führer dienen kann. Es ist zunächst auf allen Universitäten die Kinderheilkunde als Lehr- und Prüfungsfach einzuführen. Damit der Student aus eigner Anschauung die Entwicklung des gesunden, natürlich oder künstlich ernährten Säuglings und deren Störungen kennen lernt, ist das Material der geburtshilflichen und Kinderkliniken nach dieser Richtung hin besser auszunützen. Mit diesen Anstalten wären Mutterberatungsstellen, die wirksamsten Einrichtungen der Säuglingsfürsorge, zu verbinden; ihre Einrichtungen, namentlich die damit meist verbundene Milchküche, würden vielfach Gelegenheit zur Betätigung bieten. Vielleicht könnte auch ein Monat des praktischen Jahres in einer Kinderflegeanstalt abzuleisten sein. Für schon in der Praxis stehende Aerzte sind unter Zuhilfenahme öffentlicher Geldmittel Fortbildungskurse einzurichten. Dr. Rehberg-Pyritz i. P.

Die Wirkung der Gewährung von Stillgeldern bei den Krankenkassen in Groß-Berlin. Von A. Kohn. Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; 1917, Nr. 2.

Die bisherigen Ergebnisse der Umfrage der Berliner Ortskrankenkasse beweisen aufs neue, daß die Brustștillung, verbunden mit einer sachgemäßen Säuglingsfürsorge, als wirksamstes Mittel gegen die Säuglingssterblichkeit zu betrachten ist; sie beweist vor allen Dingen die Notwendigkeit der Gewährung von Stillgeldern. Dr. Wolf-Hanau.

Tagesnachrichten.

Der am 23. Juni d. J. in Eisenach abgehaltene **außerordentliche Deutsche Aerztetag,** an dem 246 Delegierte (für 292 Vereine mit 22964 Stimmen) teilnahmen, hat zu Punkt I a u. b der Tagesordnung: „Ueberführung der Aerzteschaft aus dem Kriege in den Frieden" (a) und „Fürsorge bei Kriegsbeschädigungen ärztlichen Wissens und Könnens" (b) nach eingehenden Referaten der Berichterstatter Dr. Hartmann-Leipzig (a) und Dr. Sardemann-Marburg (b) folgende von diesen gemeinsam vorgelegte Erklärung angenommen:

„Der am 23. Juni 1918 in Eisenach versammelte Kriegs-Aerztetag erklärt sich mit den Ausführungen der beiden Berichterstatter einverstanden. Dankbare Anerkennung zollt er den zentralen und örtlichen Organisationen wie auch den einzelnen Aerzten für all das, was sie bisher im Interesse der Aus- und Fortbildung der Kriegsärzte sowie zur Förderung der wirtschaftlichen Verhältnisse der Heimat- und Heeresärzte geleistet haben. An alle die Vereine aber, die mit der Schaffung solcher Einrichtungen noch im Rückstande sind, richtet er die dringende Aufforderung, schleunigst und wirksam das Versäumte nachzuholen. Die ärztliche Organisation hält es für ihre Ehrenpflicht, die ihrem Stande durch den Krieg geschlagenen Wunden soweit wie irgend möglich aus eigener Kraft auf dem bewährten Weg der Selbsthilfe zu heilen.

An die Zivil- und Militärbehörden stellt der Aerztetag folgende Forderungen für den Uebergang in den Frieden:

Es möchte bei der Demobilisierung und der Reihenfolge der Entlassung auf die verheirateten Aerzte, die Familienväter, die älteren Aerzte und auf die Zeitdauer der Abwesenheit von der Heimat nach Möglichkeit Rücksicht genommen,

es möchten den heimkehrenden Aerzten militärische Stellen an ihrem Heimatorte zur Verfügung gehalten werden;

ebenso möchte die Hälfte aller Assistentenstellen an staatlichen und städtischen Krankenhäuser für Kriegsteilnehmer offengehalten und daselbst Vorsorge getroffen werden für die Einrichtung von Dauerstellen für Verheiratete;

für die wissenschaftliche und praktische Aus- und Fortbildung der Feldärzte sollen geeignete und genügende kostenlose Ausbildungsmöglichkeiten geschaffen werden;

den Aerzten sollen aus den aufzulösenden Lazaretten Instrumente, Mikroskope, Untersuchungsstühle, Klinikeinrichtungen und dergleichen zu billigen Preisen und den Landärzten, Kleinstadt- und sonstigen Fuhrwerk benötigenden Aerzten Pferde, Autos, Gummireifen usw. zu Enteignungspreisen zur Verfügung gestellt werden;

auch sollen ihnen die für die Handwerker geschaffenen Kriegshilfskassen zugänglich gemacht werden.

Das Studium der Ausländer an den deutschen medizinischen Fakultäten und die Niederlassung ausländischer Aerzte in Deutschland, insbesondere in den Kur- und Badeorten, sollen in dem schon wiederholt vom Deutschen Aerztetag verlangten Maße beschränkt werden.

Der Aerztetag beauftragt den Geschäftsausschuß, die für diese Forderungen notwendigen Schritte unverzüglich bei den zuständigen Stellen einzuleiten."

Ebenso fand die zu Punkt II der Tagesordnung „Abänderung der Reichsversicherungsordnung" von dem Berichterstatter Dr. Streffer-Leipzig vorgeschlagene Entschließung einstimmig Annahme. Sie lautet:

„Der außerordentliche Deutsche Aerztetag vom 23. Juni 1918 hält eine Erhöhung der Grenzen für die Versicherungsberechtigung (§§ 165, 178, 814 RVO.) oder gar eine völlig unbegrenzte Versicherungsberechtigung, wie sie von den im Reichstage eingebrachten Anträgen beabsichtigt wird, nicht für notwendig und im Rahmen der jetzigen kassenärztlichen Verträge für unvereinbar mit den ideellen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen des ärztlichen Standes und erhebt deshalb entschiedenen Widerspruch dagegen. Findet trotzdem gegen die gewissenhafte Ueberzeugung der deutschen Aerzteschaft eine Erweiterung des Kreises der Versicherten statt und wird damit die freie ärzt-

liche Berufstätigkeit weiter eingeschnürt, dann muß die freie Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit für alle dazu bereiten deutschen Aerzte gesetzlich festgelegt und die kassenärztliche Entschädigung auf eine völlig neue Grundlage gestellt werden. Unter diesen Voraussetzungen erklärt sich der Aerztetag damit einverstanden, daß die vielfach jetzt schon gewährte Krankenpflege an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten (§ 205 RVO.) zur Erhaltung und Stärkung der Volkszahl und Volkskraft unter die Regelleistungen der Krankenkassen aufgenommen wird."

In der Stadt **Lichtenberg** bei Berlin hat der Magistrat im Einverständnis mit der Stadtverordnetenversammlung die Anstellung eines **Stadtmedizinalrates** beschlossen, da die nach dem Kriege zu erwartenden umfangreichen Arbeiten auf dem Gebiete der Gesundheitspflege einen vollbesoldeten Stadtrat mit Fachbildung dafür erforderlich machten. Das Gehalt ist auf 8—10000 M. festgesetzt. Gleichzeitig soll angestrebt werden, daß dem Stadtmedizinalrat auch die Geschäfte des Kreisarztes übertragen werden.

Am 24. Juni d. J. hat Geh. Med.-Rat Dr. **Sander** in Berlin seinen **achtzigsten Geburtstag** gefeiert. Bis zum Jahre 1914 war er Direktor der städtischen Irrenanstalt Dalldorf und Mitglied des Medizinalkollegiums für die Provinz Brandenburg. S. gehört nicht nur zu den Mitbegründern des Preußischen Medizinalbeamtenvereins, sondern hat auch bei der Gründung der Zeitschrift für Medizinalbeamte mitgewirkt und ist in den ersten 10 Jahren als Mitherausgeber bei deren Schriftleitung tätig gewesen. Möge ihm die seltene körperliche und geistige Frische, der er sich bis in sein hohes Alter erfreut hat, noch viele Jahre erhalten bleiben!

Die **ärztliche Abteilung der Waffenbrüderlichen Vereinigungen Deutschlands, Oesterreichs, Ungarns und der Türkei** beabsichtigen vom 21. bis 23. September d. J. eine **gemeinsame Tagung** in **Budapest** zu veranstalten. Die Teilnehmer werden von Wien am 20. September mittels Dampfers der Donau-Dampfschiffahrts-Gesellschaft nach Budapest fahren und auf der Rückreise Postgén, Trenscán—Teplicz und die Hohe Tatra berühren. Nähere Auskunft erteilt das Bureau des Deutschen Zentralkomitees für ärztliche Studienreisen, Berlin W., Potsdamer-Str. 134 b.

Ehrentafel. Es hat weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. Res. u. Chefarzt eines Feldlazaretts Dr. Scholand, Kreisarzt in Olpe. Demselben ist außerdem das Großherzogl. Hessische Militär-Sanitätskreuz am Bande der Tapferkeits-Medaille verliehen.

Jubiläumsstiftung.

Anläßlich des 50jährigen Doktorjubiläums des Herausgebers dieser Zeitschrift hat deren Verleger, Herr Hofbuchhändler H. Kornfeld-Berlin (Fischers medizinische Buchhandlung), **200 Mark** für die Jubiläumsstiftung gespendet.

Ferner hat die Jubiläumsstiftung von Herrn Geh. Med.-Rat Dr. Heilmann, Kreisarzt in Melle, eine außerordentliche Spende im Betrage von **100 Mark** erhalten.

Herzlichen Dank den freundlichen Gebern.

Gütersloh, den 1. Juli 1918.

I. A.: **Dr. Schlüter,** Geh. Med.-Rat,
Schrift- und Kassenführer.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

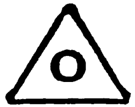
an den Kreisarzt des Kreises Antzlen; Prof. Dr. Heymann in Berlin zum außerordentlichen Professor.

Versetzt: Die Kreisärzte Dr. Wittig in Fritzlar nach Merseburg und Dr. Tietz in St. Wendel nach Neuruppin.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Matz, Kreisarzt a. D. in Deutsch-Krone, Med.-Rat Dr. Thilo, Kreisarzt in Stolp, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Jung in Göttingen.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt: Physikus Dr. Sieveking in Hamburg auf weitere 6 Jahre zum Mitgliede des Medizinalkollegimus, Prof. Dr. Neuberger in Hamburg zum Mitgliede des dortigen Medizinalkollegiums.

31. Jahrgang; Nr. 14.  Ausgegeben am 20. Juli 1918.

ZEITSCHRIFT
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und ı .ychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, so ᵃ für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl ch der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

st
änl
Z.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, S n, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, hen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeam ıns.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgeb ng.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 14 am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Geh. Ober-Medizinalrat: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schultze in Bonn; — als Geh. Medizinalrat: den Professoren Dr. Gerber in Königsberg i. Pr., Dr. Schiek in Halle a. S., Dr. Neisser in Frankfurt a. M.; — als Geh. Regierungsrat: den Regierungsräten und Mitgliedern des Kaiserlichen Gesundheitsamtes Dr. Günther, Dr. Titze und Prof. Dr. Schuberg; — das Prädikat Professor: dem Privatdozent Dr. W. Fischer in Göttingen, z. Z. in Shangai; — das Verdienstkreuz für Kriegshilfe: dem Geh. Med.-Rat Dr. Quittel, Reg.- u. Med.-Rat in Aurich, den Kreisärzten Geh. Med.-Räten Dr. Schlüter in Gütersloh und Dr. Windhäuser in Höchst a. M., sowie dem Prof. Dr. Klut, Mitglied der Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem.

Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung: des Königl. Württembergischen Charlottenkreuzes: dem Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat und Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner-Berlin.

Ernannt: Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner, Direktor der Med.-Abteilung im Ministerium des Innern, zum etatsmäßigen Mitgliede der Wissenschaftlichen Akademie für das militärärztliche Bildungswesen.

Gestorben: Stadtschularzt Dr. Steinhaus in Dortmund.

Königreich Bayern.

Ernannt: Prof. Dr. Sauerbruch in Zürich zum ordentl. Professor und Vorstand der chirurgischen Klinik in München unter gleichzeitiger Verleihung des Titels und Rangs eines Geheimen Hofrats.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt: San.-Rat Dr. Klauder in Dessau zum Kreisarzt in Ballenstedt unter Verleihung des Titels Medizinalrat.

Stadtassistenzarztstelle.

Bei der Stadt **Düsseldorf** wird infolge anderweitiger Anstellung des bisherigen Inhabers erneut eine Stadtassistenzarztstelle zum **1. September** frei werden. Da kreisärztliche Vertretung mit in Betracht kommt, ist der Nachweis der abgelegten Kreisarztprüfung notwendig. Gehalt 4500 bis 6000 M., dazu einige Nebeneinnahmen und während des Krieges eine widerrufliche Zulage von 1200 M. jährlich. Frühere Dienstjahre in Anstalten etc. können eventuell bei der Gehaltfestsetzung angerechnet werden. Dreimonatige Kündigung. Privatpraxis nicht gestattet.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen baldigst erbeten. Im Militärdienst befindliche kreisärztlich geprüfte Bewerber werden g. F. berücksichtigt. Persönliche Vorstellung nur auf Wunsch.

Düsseldorf, den 20. Juni 1918.

Der Oberbürgermeister.

31. Jahrg. | Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE. | 1918.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 14. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Juli.

Säuglingssterblichkeit und Stillverhältnisse im Kriege.

Von Dr. med. Karl Opitz, Kreisarzt in Peine.

Es ist verständlich, daß die veränderten Ernährungsverhältnisse im Kriege auf weite Kreise der Bevölkerung einen gewaltigen Einfluß haben, und sich, je länger der Krieg dauert, um so mehr geltend machen. Von verschiedenen Seiten liegen Veröffentlichungen vor, daß vor allem die Sterblichkeit der betagteren Personen etwas zugenommen hat, weil diese sich an die veränderte Ernährung nicht genügend anpassen können, und daß in letzter Zeit auch Gewicht und Größe der in der Entwicklung begriffenen Jugend hinter den Friedenszahlen zurückbleiben. Um ein Bild von dem Gesundheitszustande der Säuglinge in meinem Amtsbezirke zu gewinnen, habe ich die vorliegenden Angaben der Hebammen zusammengestellt und dabei Ergebnisse gewonnen, die von dem Erwarteten so abweichen, daß mir ihre Veröffentlichung für weitere Kreise interessant erscheint.

Die Bevölkerung des Kreises Peine ist zu zwei Dritteln in der Landwirtschaft, zu einem Drittel in der Industrie beschäftigt; aber auch die industriellen Arbeiter befinden sich

durchgehends in günstigen wirtschaftlichen Verhältnissen, wohnen zum großen Teile auf dem Lande und haben meistens eigenen Gemüsebau und vielfach Ziege und Schwein. Die Ernährung im Kriege ist dementsprechend nicht so schwierig, wie in anderen Gegenden.

Die Fürsorge für die Säuglinge liegt in der Stadt Peine einer besonders angestellten Säuglingsfürsorgerin, in den Landgemeinden in gewissem Umfange den Hebammen ob. Die Säuglingssterblichkeit war von jeher gering, die Zahl der gestillten Kinder verhältnismäßig groß. Seit 1911 wird auf dem Lande nach dem Westerburger System eine Statistik der Säuglingsverhältnisse geführt. Die darin enthaltenen Angaben und die Auszüge, die regelmäßig für den Jahresgesundheitsbericht aus den Hebammentagebüchern gemacht worden sind, gaben die Unterlage für die folgenden Uebersichten ab.

Uebersicht I. Auf je 100 Geborene kamen in der Stadt Peine, in den Landgemeinden und im ganzen Kreise Peine in den Jahren 1911—1913 und 1916 und 1917 an Totgeborenen und innerhalb der ersten 10 Tage verstorbenen Kindern nach den Angaben der Hebammentagebücher:

Jahr	Totgeborene			Innerhalb 10 Tagen verstorbene			Totgeborene und innerhalb 10 Tagen verstorbene		
	Stadt	Land	Kreis	Stadt	Land	Kreis	Stadt	Land	Kreis
1911	2,4	3,3	3,0	0,8	1,2	1,1	3,2	4,4	4,1
1912	3,1	1,7	2,1	1,6	2,7	2,3	4,7	4,3	4,5
1913	7,9	4,9	5,7	3,5	1,4	2,0	11,4	6,3	7,6
1916	1,9	3,9	3,3	1,0	1,5	1,4	2,9	5,5	4,7
1917	3,4	2,9	3,1	1,5	1,5	1,5	4,9	4,4	4,6
1911—1913	4,3	3,3	3,6	1,9	1,7	1,8	6,2	5,0	5,4
1916—1917	2,7	3,5	3,2	1,2	1,5	1,4	3,9	5,0	4,6

In der Uebersicht I ist die Zahl der Totgeborenen und der innerhalb von 10 Tagen nach der Geburt verstorbenen Kinder für die letzten drei Friedensjahre und die letzten beiden Kriegsjahre nach den Tagebüchern der Hebammen zusammengestellt. Eine Schwächung der allgemeinen Volksgesundheit während des Krieges könnte darin zum Ausdruck kommen, daß die Zahl der Totgeborenen zugenommen hätte; indessen ist diese Zahl allein noch nicht beweisend, da sich ja unter den Totgeburten auch besonders kräftig entwickelte Früchte befinden, die lediglich durch eine Verzögerung der Entbindung infolge eines Mißverhältnisses zwischen Kind und Geburtswegen absterben. Deutlicher werden die Verhältnisse, wenn man auch die in den ersten Tagen nach der Geburt sterbenden Kinder berücksichtigt, da sich unter diesen fast ausschließlich zu schwache Individuen befinden, die zu einem Fortleben außerhalb des Mutterleibes infolge mangelhafter Entwicklung oder zu früher Geburt nicht fähig sind. Aus der Uebersicht I

ist nun ersichtlich, daß sich beide Zahlen im Kriege sicher nicht vergrößert, sondern sogar noch um ein geringes vermindert haben, nämlich die der Totgeboreren von 3,6 auf 3,2 und die der nach wenigen Tagen wieder Verstorbenen von 1,8 auf 1,4.

Uebersicht II. Auf je 100 Lebendgeborene bekamen in der Stadt Peine, in den Landgemeinden und im ganzen Kreise Peine in den Jahren 1911 — 1913 und 1916 und 1917 sogleich nach der Geburt ausschließlich die Mutterbrust, die Mutterbrust und Flasche und ausschließlich die Flasche:

Jahr	Nur die Brust			Brust und Flasche			Muttermilch im ganzen			Nur die Flasche		
	Stadt	Land	Kreis	Stadt	Land	Kreis	Stadt	Land	Kreis	Stadt	Land	Kreis
1911	80,5	89,9	87,2	3,9	1,7	2,3	84,4	91,6	89,6	15,6	8,4	10,4
1912	91,6	92,5	92,2	0,8	1,0	1,0	92,4	93,5	93,2	7,6	6,4	6,8
1913	91,6	92,7	92,4	3,9	1,4	2,1	95,5	94,1	94,5	4,5	5,9	5,5
1916	96,0	96,3	96,2	0,5	1,4	1,1	96,5	97,7	97,3	3,5	2,3	2,7
1917	96.4	96,4	96,4	2,6	1,0	1,5	99,0	97,5	98,0	1,0	2,5	2,0
1911—1913	87,7	91,7	90,6	2,8	1,4	1,8	90,5	93,1	92,4	9,5	6,9	7,6
1916—1917	96,2	96,4	96,3	1,5	1,2	1,3	97,7	97,6	97,6	2,3	2,4	2,4

In der Uebersicht II ist gleichfalls nach den Hebammentagebüchern zusammengestellt, wie viele Kinder in den Jahren vor dem Kriege und während desselben gestillt worden sind. Schon im Jahre 1911 war deren Zahl mit 80,5°/₀ in der Stadt Peine und mit 89,9°/₀ in den Landgemeinden des Kreises nicht schlecht; durch fortgesetzte Einwirkung auf die Hebammen und durch Belehrung der jungen Mütter in der Säuglingsfürsorge, bei Impfterminen und ähnlichen Gelegenheiten hatte sich die Zahl der ausschließlich mit Muttermilch ernährten Kinder nicht unbeträchtlich gehoben, nämlich in der Stadt von 80,5°/₀ auf 91,6°/₀ und auf dem Lande von 89,9 auf 92,7°/₀ im Laufe von drei Jahren, und wenn man die Zahl der Kinder rechnet, die überhaupt die Mutterbrust bekommen hatten, so waren es sogar im Durchschnitt des ganzen Kreises 94,5°/₀. Diese Zahlen schienen damals so ziemlich das äußerste zu sein, was man überhaupt erstreben konnte. Aber was keine Belehrung und Ermahnung erzielen konnte, das hat der Krieg gebracht: In den Jahren 1916 und 1917 sind sowohl in der Stadt, als auf dem Lande über 96°/₀ aller Kinder wenigstens in der ersten Zeit nach der Geburt ausschließlich mit Muttermilch versorgt worden, und wenn man die Kinder mitrechnet, die wegen mangelhafter Milchabsonderung von Anfang an auch noch etwas künstliche Nahrung neben der Brust erhalten mußten, so stieg das Verhältnis 1917 auf dem Lande auf 97,5°/₀ und in der Stadt sogar auf 99°/₀. Diese Zahlen übersteigen die kühnsten Erwartungen, die je in der Literatur geäußert worden sind. Wenn man den Gründen für diese auffallende Erscheinung nachgeht, so könnte man im ersten Augenblicke meinen, daß die gegen-

wärtigen Schwierigkeiten der Beschaffung künstlicher Nahrung maßgebend seien. Dies ist jedoch auszuschließen. Denn nicht nur auf dem Lande, sondern auch in der Stadt Peine stößt die Beschaffung von Milch für Säuglinge nicht auf Schwierigkeiten; auf dem Lande nicht, weil fast allen Haushaltungen, die keine Kühe haben, wenigstens Ziegenmilch zur Verfügung steht; in der Stadt Peine nicht, weil dort die abgelieferte Milchmenge weit über das Bedürfnis der Säuglinge hinaus geht, die mit dem vorhandenen Vorrat in erster Linie versorgt werden müssen. Es bleibt also zur Erklärung eigentlich nur die Annahme, daß die Stillbeihilfen ein solcher Ansporn für die früher lässigen Mütter sind; dies ist um so verwunderlicher, als zur Kriegszeit eine große Anzahl Frauen in der Rüstungsindustrie, die in Peine eine überwiegende Rolle spielt, beschäftigt werden, also durch die hier winkenden hohen Löhne eigentlich von dem Stillgeschäft abgehalten werden könnten.

Was im Vorstehenden an der Hand der Hebammentagebücher, deren Angaben sich ja nur auf die ersten zehn Lebenstage der Säuglinge beziehen, festgestellt worden ist, wird durch die Angaben der das ganze erste Lebensjahr umfassenden Säuglingsstatistik durchaus bestätigt. Hierbei sind auch die Zahlen der beiden Uebergangsjahre 1914 und 1915 berücksichtigt; die Kinder dieses Zeitraumes sind zum Teil vor, zum Teil während des Krieges gezeugt, geboren und gestillt. Die Uebersicht III zeigt, wie viele Kinder auf 100 der Lebendgeborenen berechnet, überhaupt die Brust bekamen und wie lange. Da die Säuglingsfürsorgerin der Stadt Peine an dieser Statistik nicht beteiligt ist, können die Zahlen nur mit denen für die Landgemeinden aus der Uebersicht II verglichen werden. Zunächst ist dabei zu erklären, daß die Zahl der gestillten Kinder in den Angaben der Hebammentagebücher notwendigerweiser etwas größer sein muß, als in denen der Säuglingsstatistik, da in ersteren einzelne Fälle als gestillt angegeben sind, bei denen sich doch dann die Unfähigkeit dazu heraus-

Uebersicht III. Auf je 100 Lebendgeborene der Landgemeinden im Kreise Peine bekamen nach den Ergebnissen der Säuglingsstatistik die Mutterbrust:

Jahr	gar nicht	0—3	4—6	7—9	10—12	über 12
		Monate lang				
1911	8,4	12,9	15,2	20,9	29,2	13,5
1912	8,7	12,3	16,0	20,5	37,5	5,0
1913	8,1	13,2	16,5	25,2	32,0	5,0
1914	7,2	12,2	13,5	26,4	30,8	9,7
1915	6,1	12,1	15,7	23,2	29,0	13,8
1916	4,0	12,8	15,8	27,2	26,7	13,6
1911—1913	8,4	12,8	15,9	22,1	33,1	7,7
1914—1915	6,7	12,2	14,5	25,0	30,0	11,6
1916	4,0	[illegible]	15,8	27,2	26,7	13,6

Uebersicht IV. Auf je 100 Lebendgeborene der Landgemeinden im Kreise Peine bekamen nach den Ergebnissen der Säuglingsstatistik die Mutterbrust:

Jahr	gar nicht	über 12	über 9	über 6	über 3	überhaupt
		Monate lang				
1911	8,4	13,5	42,7	63,6	78,8	91,6
1912	8,7	5,0	42,5	63,0	79,0	91,3
1913	8,1	5,0	37,0	62,2	78,7	91,9
1914	7,2	9,7	40,6	67,0	80,5	92,8
1915	6,1	13,8	42,8	66,0	81,7	93,9
1916	4,0	13,6	40,2	67,4	87,2	96,0
1911—1913	8,4	7,7	40,8	62,9	78,8	91,6
1914—1915	6,7	11,6	41,6	66,6	81,1	93,3
1916	4,0	13,6	40,2	67,4	87,2	96,0

gestellt hat. Indessen ist dieser Unterschied nicht so groß; es verbleiben im Jahre 1916 noch immer 96,0% gestillte Kinder gegenüber 97,7% der Tagebücher. Aus den Uebersichten III und IV geht hervor, daß auch die Zeit der Stillung zugenommen hat; besonders deutlich ist dies bei den über ein ganzes Jahr gestillten Kindern: es waren 1916 und 1917 je über 13%, 1912 und 1913 jedoch nur je 5%, 1911 aber auch schon 13%. Die durchschnittliche Stilldauer für jedes einzelne Kind betrug im Jahre 1911: 7,9, 1912: 7,8, 1913: 7,4, 1914: 7,7, 1915: 8,2 1916: 8,0 Monate, in den Jahresgruppen vor dem Kriege 1911 bis 1913 im Durchschnitt 7,7, in der Uebergangszeit 1914 bis 1915 7,9 und in dem reinen Kriegsjahre 1916 8,0 Monate; also auch die Dauer der Stillzeit hat sich während des Krieges nicht verringert, sondern sogar vermehrt, und das ist um so auffallender, wenn man die Ergiebigkeit des Milchviehs in Vergleich setzt, die im Kriege infolge fehlenden Kraftfutters wesentlich herabgegangen ist.

In der letzten Uebersicht V soll nun noch das weitere Schicksal der im Kriege geborenen Kinder mit dem der in den letzten Friedesjahren Geborenen verglichen werden. Hier sind nach den Angaben der Säuglingsstatistik zuerst die Todesfälle innerhalb des ersten Lebensmonats zusammengestellt, weil angenommen wird, daß die so früh verstorbenen Kinder infolge angeborener Schwäche nicht am Leben erhalten werden konnten. Danach sind die Zahlen zwischen den Friedensjahren und den Kriegsjahren schwankend, jedenfals im Kriege mit durchschnittlich 2,0% Sterblichkeit nicht ungünstiger als im Frieden mit 2,7%. Die zweite Zahlenreihe zeigt die Zahl der Kinder, die am Schlusse des Kalenderjahres, in das ihre Geburt fällt, wieder verstorben waren; diese Zusammenstellung wurde gemacht, weil zum 1. Januar die Säuglingsstatistik des vorhergehenden Jahres vorläufig abgeschlossen wird, und deshalb auch die Zahlen für das Jahr 1917 bereits mit denen der vorhergehenden verglichen werden können, während bei der in der Spalte 3 dargestellten, nach der üb-

Uebersicht V. Auf je 100 Lebendgeborene der Landgemeinden im Kreise Peine sind verstorben:

Jahr	innerhalb eines Monats	bis zum 1. Januar des nächsten Jahres	innerhalb ihres ersten Lebensjahres
1911	3,3	10,7	13,6
1912	2,7	7,5	10,1
1913	1,9	4,5	6,4
1914	1,7	7,3	10,0
1915	1,4	5,9	7,8
1916	1,8	5,2	8,3
1917	2,1	4,5	—
1911—1913	2,7	7,6	10,0
1914—1915	1,5	6,7	9,0
1916—1917	2,0	4,8	8,8 (1916)

lichen Weise berechneten Säuglingssterblichkeit bis jetzt nur das Jahr 1916 einer Vergleichung unterworfen werden kann. Von 100 lebendgeborenen Kindern starben innerhalb ihres Geburtskalenderjahres vor dem Kriege 7,6 °/₀ wieder, in den beiden Uebergangsjahren 1914 und 1915 6,7 °/₀, in den beiden Kriegsjahren 1916 und 1917 aber nur 4,8 °/₀. Also auch hier ist die Zahl während des Krieges gesunken. Ebenso steht es mit der in der dritten Zahlenreihe ausgedrückten Säuglingssterblichkeit: sie betrug im Durchschnitt der drei letzten Friedensjahre 10,0 °/₀, war also bereits damals ungewöhnlich günstig, und ist dann weiter auf 9,0 °/₀ in den beiden Uebergangsjahren und auf 8,3 °/₀ in dem reinen Kriegsjahre 1916 herabgegangen.

Faßt man den Inhalt der gegebenen Uebersichten zusammen, so steht man vor der bemerkenswerten Tatsache, daß im Kreise Peine, der allerdings besonders günstige Verhältnisse sowohl wirtschaftlicher Art, als auch in Bezug auf die Kriegsernährungsverhältnisse aufweist, trotz einer starken Beschäftigung der Bevölkerung in der Industrie die sämtlichen, für die Beurteilung des Gesundheitszustandes von Müttern und Säuglingen in Betracht kommenden Zahlen, nämlich die Zahl der Totgeburten, die Zahl der wieder verstorbenen Säuglinge, die Zahl der gestillten Kinder und die Dauer der Stillzeit, während des Krieges gegenüber den letzten Friedensjahren eine günstige Entwicklung zeigen und zur Zeit einen Stand der Säuglingsgesundheit aufweisen, der alle Erwartungen des überhaupt Erreichbaren übertrifft.

Ein Beitrag zur Beurteilung operativer geburtshilflicher Tätigkeit außerhalb der Klinik.

Von Med.-Rat Dr. Schultz-Schultzenstein, Kreisarzt in Freienwalde.

Eine von mir vor mehreren Jahren aufgenommene Statistik über Kindbettfieberfälle nach operativen ärztlichen Eingriffen in einem östlichen Industrie-Bezirk ließ mich die ganz unver-

mutet hohe Zahl solcher Fälle erkennen. Eine Veröffentlichung dieser Aufstellung unterblieb damals aus äußeren Gründen. Es erscheint mir aber erwähnenswert, daß ein mir bekannter Medizinalbeamter mir ganz ähnliche Beobachtungen aus einem westlichen Industrie-Bezirk damals mitteilte. Neuerdings habe ich nun erfahren, daß auch in Berlin die Zahl solcher Fälle eine verhältnismäßig hohe sein soll.

Meine Beobachtung betraf daher nicht nur lokale Verhältnisse, sondern die hohe Zahl von Erkrankungen und Todesfällen nach operativen geburtshilflichen Eingriffen außerhalb der Kliniken scheint allgemein unverhältnismäßig hoch zu sein.

An der Hand der Hebammentagebücher wäre es nicht allzu schwer, zu statistischen Zahlen für ganz Preußen zu gelangen.

Ich nehme an, daß diese meine Beobachtung auch von vielen Gynäkologen gemacht worden und für sie die Veranlassung gewesen ist, den Versuch zu machen, private Entbindungsanstalten einzurichten. Es ist meines Erachtens recht bedauerlich, daß diese Versuche nicht überall auf die Dauer mit Erfolg durchzuführen waren. Eine Reklame für „Entbindung in der Klinik“ würde ich für recht segensreich für die Allgemeinheit halten, besonders wenn Entbindungsanstalten für weniger Bemittelte eingerichtet werden könnten.

Meine Auffassung geht dahin, daß ein großer Teil von operativen geburtshilflichen Fällen vor jedem Eingriff in der Wohnung in die Klinik gehört.

Es erübrigt sich wohl, den Ursachen nachzuforschen, die eine solche ungünstige Statistik bedingen. Es ist ja ohne Weiteres klar, daß die im allgemeinen ungünstigen Verhältnisse in einer Häuslichkeit, besonders in beschränkten Wohnräumen, die fehlende Assistenz und die erschwerte Durchführung der erforderlichen aseptischen Maßnahmen schon allein gegen größere operative Eingriffe außerhalb der Klinik sprechen.

Es bedarf natürlich keiner Erörterung, daß gewisse Fälle, die wegen der Indicatio vitalis für Mutter oder Kind gar keinen Aufschub dulden, an Ort und Stelle operativ behandelt werden müssen. Aber diese Fälle sind — besonders, wenn die Entfernung von der Wohnung zum Krankenhause keine allzu große ist — durchaus nicht so häufig, wie es auf den ersten Blick scheint. Sie werden sich noch bedeutend verringern, wenn die Hebammen sich immer mehr daran gewöhnen werden, mit der Zuziehung des Arztes nicht bis auf die letzte Minute zu warten und geeignete Fälle schon in der Schwangerschaft an den Arzt zu weisen, damit rechtzeitige Einweisung in eine Klinik erfolgen kann. Eine ganze Reihe von Fällen können wohl meistens rechtzeitig unter Wahrung der nötigen Vorsichtsmaßregeln einer Klinik überwiesen werden. Dadurch wird nicht nur die Statistik für Mutter und Kind verbessert werden, sondern auch der Arzt wird sich durch dieses Verfahren erheblich bei seiner Klientel entlasten: Denn wenn ein altes Sprich-

wort sagt: „Post morbum medicus olet", so gilt auch wohl zweifellos der Satz: „Post mortem aegroti medicus olet". Todesfälle nach operativen Eingriffen, besonders an Kindbettfieber, haben dem guten Rufe eines Arztes noch nie genützt, mag er auch noch so unschuldig an dem ungünstigen Ausgang sein.

Durch eine rechtzeitige Einlieferung in eine Klinik wird der Arzt fernerhin auch rechtlich entlastet; er sichert sich durch eine solche rechtzeitliche Einlieferung in eine Klinik gegen Anklagen nach § 222 und 230 St. G. B. — Der Inhalt dieser Paragraphen, die Strafbarkeit wegen Fahrlässigkeit behandeln, ist durch eine Reichsgerichts-Erkenntnis dahin erläutert worden, daß sie die Möglichkeit zur Voraussetzung haben, daß der Täter den Tod als Folge seines Verhaltens bei Anwendung der schuldigen Sorgfalt und Vorsicht voraussehen konnte. Demnach erscheint es mir fraglos, daß solche Handlungen oder Unterlassungen, bei denen der Geburtshelfer die Möglichkeit des Eintritts des Todes der Kreissenden oder Entbundenen voraussehen konnte oder mußte, unter die Fahrlässigkeiten im Sinne der Paragraphen 222 bezw. 230 St. G. B. je nach den eingetretenen Folgen fallen. Es ist nun aber weiterhin klar, daß z. B. bei einer Wendung bei verschleppter Querlage der Tod durch Uterusruptur eintreten kann, ohne daß man dem Geburtshelfer auch nur im entferntesten eine Schuld zuschreiben kann. Handlungen und Unterlassungen, die eine Fahrlässigkeit darstellen, werden also im wesentlichen in der Indikations-Stellung zu suchen sein, soweit nicht ein an sich kunstwidriges Verfahren vorliegt. Auch hierbei wird man die besonderen Umstände jedesmal reichlich in Rücksicht zu ziehen haben. Dies ist die Aufgabe des Sachverständigen vor Gericht. Als Folge der Fahrlässigkeit muß die Möglichkeit des Eintritts des Todes oder der Körperverletzung vorauszusehen gewesen sein. Der Tod muß also, wenn Fahrlässigkeit nach dem Gesetze vorliegen soll, einmal als möglich vorauszusehen gewesen und ferner eingetreten sein.

Es erscheint aber als für die Beurteilung des Falles unerheblich, welche Todesart durch die Fahrlässigkeit bedingt worden ist. Es ist gleichgiltig, ob nach einer an sich garnicht indizierten Wendung der Tod durch Uterusruptur oder Cervix Ruptur mit Verletzung der Uterina und Verblutung eintritt: Der Kunstfehler war die nicht indizierte Wendung —.

Was nun die Stellung der Indikationen bei der Geburtshilfe anbetrifft, so sind wir auf die Lehren der berufenen Autoritäten der Wissenschaft angewiesen, müssen diese als Praktiker zum Ausgangspunkt unserer Indikationsstellung nehmen und als gerichtliche Sachverständige gleichfalls diese allgemein giltigen Lehren zum Ausgangspunkt für unsere Darlegungen vor Gericht wählen, ohne uns dabei einseitig an etwaige Besonderheiten einer Schule zu klammern. Für den Sachverständigen dürften sich hierbei keine Schwierigkeiten ergeben, da die

vor Gericht zu erörternden Indikationsstellungen für geburtshilfliche Maßnahmen fast als Allgemeingut aller Schulen anzusehen sind. Sollte ein Arzt sich aber bei seinem Handeln auf eine vom allgemeinen etwa abweichende Angabe einer Autorität berufen können, so wird man ihm dies, wie ich glaube, ohne weiteres zugute halten müssen. Ein völlig planloses, durch keine wissenschaftliche Schule gestütztes Handeln muß aber als Fahrlässigkeit im Sinne des Gesetzes aufgefaßt werden. Im allgemeinen wird man es dem Urteil des Arztes überlassen müssen, ob er die Vornahme der einen oder anderen Operation in der Wohnung der Kreißenden oder Entbundenen vornehmen will oder ob er es für angezeigt hält, den Fall zur Operation in das Krankenhaus zu schicken, wemn der Zustand der Kranken es erlaubt. Man wird aber daran festhalten müssen, daß eine ganze Reihe von Operationen, nämlich kurz gesagt die durch Indicatio vitalis bedingten, wenn irgend möglich, im Hause vorzunehmen sind. Eine durch die allgemeinen Lehren der Wissenschaft zwingend notwendige Operation muß aber vor allem rechtzeitig ausgeführt werden, und der zugezogene Arzt ist dafür verantwortlich, daß sie rechtzeitig ausgeführt wird, wenn nicht etwa von den Beteiligten ein unüberwindlicher Widerstand geleistet wird. Das Unterlassen eines dringend indizierten operativen Eingriffs, nur weil die örtlichen Verhältnisse dem Arzt vielleicht nicht als geeignet erscheinen, und die Unterlassung einer leicht möglichen Ueberführung in eine Klinik in einem solchen Fall ist eine Fahrlässigkeit.

Dieses vorausgeschickt, sei es gestattet, einen letzthin vor Gericht verhandelten Fall kurz vorzutragen:

Ein Arzt war von der Hebamme gerufen, weil die zweite Plazenta bei Zwillingen nicht geboren wurde. Bei seiner Ankunft war es der Hebamme inzwischen gelungen, durch mehrfach angewandten Credéschen Griff die Plazenta zu entwickeln, jedoch hielt sie sie nicht für ganz vollständig und machte den Arzt darauf aufmerksam. Dieser gab später vor Gericht an, er habe es zwar nicht für wahrscheinlich, aber immerhin für möglich gehalten, daß Teile der Nachgeburt zurückgeblieben seien. Er habe von einem Eingehen in den Uterus Abstand genommen, weil das Abwarten in solchen Fällen „dem Standpunkt der modernen ärztlichen Wissenschaft“ entspreche.[1]) Nachdem nun nach 6 tägigem Abwarten hohes Fieber eingetreten war, wies er die Frau in das Krankenhaus, das, 5 km entfernt, mit Kraftwagen schnell erreichbar war. Darüber, ob der Arzt bei der Ueberweisung dem Krankenhause mitgeteilt hat, daß es sich um Plazentareste handele, gehen die verschiedenen Aussagen auseinander. Der Arzt selbst sagt dazu: „Ich halte es aufrecht, daß die Aerzte des Krankenhauses auf den Gedanken hätten kommen müssen, daß zurückgebliebene Nachgeburtsreste das Fieber hätten verursachen können.“ Der Krankenhausarzt sagt: „Auf meine Anfrage sagte mir die Frau, die Nachgeburt sei, wie der behandelnde Arzt festgestellt habe „vollständig“ abgegangen.“ Da im Krankenhause im Verlauf von drei Tagen keine Blutungen eintraten, wurde nicht eingegangen. Die Gebärmutter war an der rechten Tubenecke etwas aufgetrieben. Am 4. Tage starke Blutung. Darauf Entfernung eines faustgroßen, fest anhaftenden Stückes der Nachgeburt. Am 7. Tage nach der Aufnahme: Exitus.

Der behandelnde Arzt schrieb später an das Gericht, daß es von vornherein für den Krankenhausarzt eine naheliegende Möglichkeit gewesen sei,

---

1) Prof. Dr. St. wies mich vor Gericht darauf hin, daß man mit den modernen Anschauungen mitgehen müsse.

daß es sich um Verhaltung von Nachgeburtsresten handele. „Er mußte danach fahnden und durfte im Zweifelsfalle sich nicht auf die Aussage der Fiebernden verlassen.“ Schließlich beantragte er ein Strafverfahren gegen den Krankenhausarzt.

In dem gegen den behandelnden Arzt eingeleiteten Strafverfahren gerichtsseitig zum Gutachten aufgefordert, hatte ich mich dahin geäußert, daß das Fehlen eines so großen Stückes der Nachgeburt unter allen Umständen hätte erkannt und dieses entfernt werden müssen. Ich verwies dabei auf das Lehrbuch von Schröder-Olshausen, in dem wörtlich steht: „Liegt die Möglichkeit vor, daß ein Plazentarest zurückgeblieben ist, so muß dieser natürlich zuerst manuell entfernt werden.“ Aus demselben Lehrbuch hätte der Arzt sich auch überzeugen können, daß es mehrfach vorkommt, daß zurückgebliebene Nachgeburtsreste zunächst keinerlei Erscheinungen hervorrufen und erst nach mehreren Tagen Kindbettfieber auslösen. Uebrigens sei es den Aerzten aus den Lehrbüchern bekannt, daß unmittelbar nach der Entbindung, wo die Geburtswege noch weit seien, die Entfernung von Resten bei aseptischen Kautelen eine verhältnismäßig ungefährliche Operation sei, während später, wenn die Reste erst septisch geworden seien und die Geburtswege sich verengt haben, der Eingriff ein Spiel mit Leben und Tod sei. — Aus diesen Gründen erklärte ich, da der Arzt selbst mit der Möglichkeit des Zurückbleibens von Resten gerechnet habe, sein Verfahren für einen Kunstfehler, denn der Arzt habe erst abgewartet, bis die tödliche Krankheit ausgebrochen sei und habe unterlassen, das Eintreten dieser Krankheit durch sofortigen Eingriff abzuwenden. Ferner habe er zum wenigsten dem Krankenhause mitteilen müssen, daß es sich um das Zurückbleiben von Plazentaresten handelte.

Zur gerichtlichen Verhandlung war Prof. Dr. St. in Berlin als Sachverständiger zugezogen. Dieser erkundigte sich zunächst, ob die Verstorbene während der Wochenbettszeit aufgestanden sei und ob sie von der Hebamme innerlich untersucht worden sei. Als dies verneint war, fragte er, ob das als Plazentagewebe bezeichnete Gewebsstück mikroskopisch darauf hin untersucht sei, ob es aus Plazentagewebe bestanden habe. Es habe sich auch um eine Plazenta succenturiata handeln können. — Mein Einwurf, daß eine so große Nebenplazenta bei Zwillingen gar keinen Platz gehabt hätte und man eine Verbindungsstelle hätte haben müssen, wurde nicht anerkannt. Dann machte er den Einwurf, daß eine bakteriologische Untersuchung und Obduktion nicht stattgefunden habe, es sei daher gar nicht festgestellt, ob überhaupt Kindbettfieber vorgelegen habe. Schließlich sagte er: „In der Klinik würde ich den Eingriff, d. h. die Prüfung, auf zurückgebliebene Nachgeburtsreste bezw. deren sofortige Entfernung vorgenommen haben, bei unreinlichen kleinen Wohnungsverhältnissen nicht.“ — Mein darauf gemachter Einwurf, daß unter diesen Umständen die Frau doch sofort in das Krankenhaus hätte geschafft werden müssen; man hätte sie doch, weil man in der Wohnung nicht operieren wollte, nicht sterben lassen dürfen, schlug nicht durch. Auch mein Einwand, daß wenigstens zuletzt, als Krankenhausüberführung beschlossen war, man dem Krankenhaus Mitteilung vom Zurückbleiben von Plazentaresten hätte machen müssen, damit dort die Entfernung hätte ins Auge gefaßt werden könne, lehnte Prof. Dr. St. mit der Mitteilung ab, daß sehr oft in die Universitätsklinik Fälle ohne jede ärztliche Mitteilung eingeliefert würden, und daß man dort gegen die Unterlassung einer solchen Mitteilung keine Bedenken habe.

Aus den „Gründen“ des richterlichen Urteils sei folgendes mitgeteilt:

„Nach dem Gutachten des Prof. Dr. St. herrscht ein sehr lebhafter Streit darüber, ob die Entfernung etwaiger Nachgeburtsreste sogleich erfolgen solle oder nicht. Er selbst ist der Ansicht, daß die Nachgeburtsreste nicht zu entfernen seien, und daß man es dem Angeklagten sogar zum Vorwurf hätte machen können, wenn er in so unsauberer Umgebung zu einem Eingriff geschritten wäre.“ „Wäre wirklich ein faustgroßer Rest zurückgeblieben, so hätte dies weder dem Arzt noch der Hebamme entgehen können.“ Daß der Krankenhausarzt ein so großes Stück Nachgeburt entfernt haben wolle, könne nur so erklärt werden, daß ein kleines Stück Nachgeburt durch Blutgerinnsel oder Gebärmutterschleimhaut stark angewachsen sei oder daß es sich um eine

Nebenplazenta gehandelt habe." „Prof. St. ist der Ansicht, daß ein solcher Eingriff (also die Entfernung der Reste) auch nach Einlieferung in das Krankenhaus nicht am Platze gewesen wäre. Er selbst hätte auch damit noch einige Tage gewartet."

Auf Grund des Gutachtens des Prof. Dr. St. wurde der behandelnde Arzt wegen fährlässiger Tötung freigesprochen und nur wegen Unterlassung der Anzeige von Wochenbettfieber zu 30 Mark Geldstrafe verurteilt.

Auf eine eingehende Kritik der Ausführungen des Prof. Dr. St. will ich mich nicht einlassen. Von einem großen Streit unter den Gynäkologen darüber, ob man Plazentareste entfernen solle oder nicht, ist mir allerdings nichts bekannt geworden, obwohl ich die gynäkologische Literatur soweit mir möglich verfolge. Im Hinblick auf den § 222 St.G.B. hätte ich erwartet, der Sachverständige würde seine Ansicht, daß unter unreinlichen Verhältnissen nicht an Ort und Stelle operiert werden soll, der ich beipflichte (soweit nicht Indicatio vitalis vorliegt, die hier zunächst nicht in Frage kam), dahin erweitert haben, daß der Arzt im vorliegenden Falle die Frau, wenn er nicht operieren wollte, zum wenigsten sofort unter Angabe der Möglichkeit des Zurückbleibens von Plazentaresten in ein Krankenhaus schicken mußte. Jedenfalls halte ich meine Auffassung, daß entweder sofortige Ausräumung der Gebärmutter oder sofortige Ueberführung in ein Krankenhaus nötig war, aufrecht. Man durfte die Frau nicht sterben lassen, weil der Arzt nicht eingehen wollte und sie nicht in das Krankenhaus schickte.

Wenn ich diesen Fall mit den eingangs gemachten Darlegungen in Verbindung bringe, so will es mir scheinen, daß der Arzt die Entstehung von Kindbettfieber hätte verhüten können und müssen durch sofortige Einlieferung der Frau in ein Krankenhaus, und daß die Unterlassungen fahrlässig waren.

Ich habe die Ueberzeugung, daß recht viele Fälle von Kindbettfieber nach ärztlichen Eingriffen in den Wohnungen — soweit nicht dringende Indicatio vitalis vorliegt — vermieden werden könnten durch rechtzeitige Einlieferung der Frauen in Krankenhäuser oder womöglich Frauenkliniken.

Besprechungen.

Die militärärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete des Ersatzwesens und der militärischen Versorgung. 14 Vorträge. Mit 11 Tafeln und 28 Abbildungen im Text. Leipzig und Hamburg 1917. Verlag von Lewald Voß. Gr. 8°; 265 S. Preis: 9 M. und 90% Teuerungszuschlag.

Das vorliegende, von Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Nocht und Prof. Dr. Fränkel herausgegebene Beiheft zu den Jahrbüchern der Hamburgischen Staatskrankenanstalten bringt 14 Vorträge, die auf Ersuchen der Hamburgischen Landesausschüsse für das ärztliche Fortbildungswesen im vorigen Jahr vor Sanitätsoffizieren und Militärärzten des IX Armeekorps in Hamburg gehalten sind. Die wichtigsten Fragen auf dem Gebiete der militärärztlichen Gutachtertätigkeit werden hier von berufener Seite in fach- und sachkundiger Weise

behandelt: Dienstbrauchbarkeit, Dienstbeschädigung usw. im allgemeinen (Oberstabsarzt Dr. W. Sähring), Herzbeschädigungen (Prof. Dr. Deneke), Lungenbeschädigungen (Prof. Dr. Rumpel), Nierenschädigungen (Prof. Dr. Rumpel und Prof. Dr. Fahr), Geistesstörungen (Prof. Dr. Weygandt), Nierenkrankheiten (Dr. W. Cimbal), Hautkrankheiten (Prof. Dr. Unna), Geschlechtskrankheiten (Dr. R. Hahn), Augenkrankheiten (Dr. E. Funke), Ohren- und Nasenerkrankungen (Dr. Sinell), Schußverletzungen (Prof. Dr. Sick), Orthopädische Krankheiten (Stabsarzt Dr. Ewald), rheumatische Erkrankungen (Dr. Plate), Kiefer- und Zahnerkrankungen (Prof. Dr. A. Hentze). Die Vorträge stellen deshalb eine äußerst wertvolle Sammlung dar, die namentlich den militärärztlich tätigen Aerzten und Medizinalbeamten warm empfohlen werden kann. Rpd.

Dr. Paul Horn, Privatdozent für Versicherungsmedizin in Bonn: **Praktische Unfall- und Invalidenbegutachtung bei sozialer und privater Versicherung sowie in Haftpflichtfällen.** Berlin; 1918. Verlag von J. Springer. Gr. 8, 234 S. Preis: geb. 9 Mark.

Verfasser gibt in seinem, den II. Band der Fachbücher für Aerzte bildenden Werke in systematischer und möglichst knapper Form einen Ueberblick über die verschiedensten Gebiete der Unfall- und Invalidenbegutachtung, das die rechtlichen Verhältnisse, ebenso wie die wichtigsten allgemeinen und speziellen Gesichtspunkte klinischer Art berücksichtigt und vor allem den Bedürfnissen des praktischen Arztes, für dessen Gebrauch es in erster Linie gedacht ist, möglichst Rechnung trägt. Nach einer Einleitung über die Pflichten und Rechte des Arztes als Gutachter werden zunächst die Aufgaben der Unfallbegutachtung bei der sozialen Versicherung, bei Haftpflichtfällen und bei der Privatversicherung im allgemeinen behandelt und die dazu erforderlichen Unterstützungsmethoden sachgemäß besprochen. Es folgt dann eine Darstellung der einzelnen Unfallschädigungen nach den davon betroffenen Organen geordnet, bei der besonders diejenigen Krankheitserscheinungen und Merkmale herausgehoben werden, die bei der Begutachtung die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhanges zu erleichtern geeignet sind. Die Invalidenbegutachtung ist in gleicher Weise bearbeitet. Ueberall hat nicht nur die medizinische Wissenschaft, sondern auch die einschlägige Rechtsprechung des Reichsgerichts und des Reichsversicherungsamts Berücksichtigung gefunden, so daß der prakt. Arzt in dem Lehrbuch einen zuverlässigen Ratgeber sowohl über die jetzigen fachmännischen Anschauungen, als über die rechtlichen Grundlagen auf diesem Gebiete findet Rpd.

Dr. Hans Gruhle, Privatdozent in Heidelberg: **Psychiatrie für Aerzte.** Mit 22 Textbildern. Berlin 1918. Verlag von J. Springer. Gr. 8°; 296 S. Preis: geb. 12 Mark.

Das Buch ist ebenso wie das vorstehend besprochene, nicht für Studierende, sondern als Lehr- und Fachbuch für Aerzte bestimmt und setzt demzufolge schon reifes ärztliches Wissen und psychiatrische Kenntnis voraus. Mit Rücksicht darauf, daß die von der Universität mitgebrachten psychiatrischen Kenntnisse sich meist in der späteren Praxis nicht als ausreichend erweisen, wird aber den Aerzten ein derartiges kurz gefaßtes Lehrbuch willkommen sein, besonders wenn es, wie das vorliegende, geeignet ist, ihnen Richtlinien für psychiatrisches Denken zu geben, ihr Verständnis für psychologisch-psychiatrische Tatbestände zu verleihen, sowie die Vorurteile gegen die Psychiatrie und ihre angebliche therapeutische Aussichtslosigkeit zu beseitigen. Rpd.

Dr. Ernst Eckstein, Gerichtsassessor in Berlin-Friedenau: **Reichshandbuch für private und öffentliche Heilanstalten.** 1917. Verlag von San.-Rat Dr. Woelm. Kl. 8°, 368 Seiten.

Das im Auftrage des Verbandes Deutscher ärztlicher Heilanstaltsbesitzer und -Leiter verfaßte Handbuch bietet eine systematische Darstellung des Rechts der Heilanstalten nebst Beiträgen zum Bürgerlichen und Verwaltungsrecht, insbesondere zum Aerzte- und Reichsversicherungsrecht, die mit größter Sachkunde und Sorgfalt ausgearbeitet und deshalb den beteiligten Kreisen sehr

willkommen sein wird. Im ersten Teil wird die Errichtung und der Betrieb von Heilanstalten behandelt, im zweiten das Rechtsverhältnis zwischen den Heilanstalten und ihren Kranken und sonstigen Gästen erörtert und hierauf die Rechtsverhältnisse der Angestellten in Heilanstalten besprochen. Die Rechtsverhältnisse der öffentlichen Heilanstalten und ihre Rechtsbeziehungen im öffentlichen Recht sowie strafrechtliche Sonderfragen und der Einfluß der Anstaltsaufnahme auf die Rechtsstellung der Aufgenommenen bilden den Inhalt des 4.—6. Teils; als Anhang ist der Wortlaut der hauptsächlichsten preußischen Bestimmungen über die Errichtung und Betrieb von Heilanstalten usw. mitgeteilt. Gesetzgebung und Rechtsprechung sind überall in erschöpfender Weise berücksichtigt; dadurch ist das Handbuch auch für den Medizinal- und Verwaltungsbeamten besonders wertvoll. Rpd.

Dr. Max Marcuse-Berlin: **Der eheliche Präventivverkehr, seine Verursachung und Methodik.** Stuttgart 1917. Verlag von Ferd. Enke. Gr. 8°, 199 S. Preis: 6 Mark.

Jeder, der sich mit der überaus wichtigen Frage der Bevölkerungspolitik beschäftigt, wird in der vorliegenden Darstellung des ehelichen Präventivverkehrs namentlich mit Rücksicht auf die darin mitgeteilten Ermittelungen über 300 Ehen (nach Angabe von Ehemännern, die als Soldaten eingezogen waren) und der beigefügten tabellarischen Uebersicht über die willkürliche Geburtenbeschränkung (Präventivverkehr und Fruchtabtreibung an 100 Berliner Arbeiterinnen) ein sehr wertvolles Material finden, das leider kein erfreuliches Bild von dem ehelichen Geschlechtsleben wie von der Verbreitung, Verursachung und Methodik des Präventivverkehrs gibt. Gerade mit Rücksicht auf dieses unerfreuliche Ergebnis der Ermittelungen soll man aber mit allen Mitteln ein günstige Lösung der Geburtenrückgangsfrage, der Daseinsfrage, der Schicksalsfrage und der Zukunftsfrage des deutschen Volkes anstreben und nicht nur allein von Kulturpolitik, Menschenökonomie, Sozialreform im Tiefsten und Größten die Wiederschaffung „voller Wiegen" erwarten, sondern auch auf die übrigen Hilfsmittel, wie Kinderprämien, Junggesellensteuern, Wiederbelebung der Bereitschaft und des Willens zum Nachwuchs, Verbot des Vertriebes antikonzeptioneller Mittel und Verschärfung des § 218 Str. G. B., nicht verzichten, denen der Verfasser anscheinend keinerlei Wert in dieser Hinsicht beimißt. Rpd.

Prof. Dr. v. Notthafft-München: **Geschlechtskrankheiten und Ehe.** Berlin 1918. Max Hesses Verlag. Gr. 12°; 175 Seiten. Preis: geb. M. 2,50.

Das vorliegende Buch bildet den 24. Band der vom Hesseschen Verlag herausgegebenen Sammlung gemeinverständlicher Darstellungen. Es verfolgt viel weiter gesteckte Ziele als die zahlreichen, mehr oder minder guten Abhandlungen über Geschlechtsleben. Der Verfasser gibt zunächst eine ausführliche Darstellung des so ungemein mannigfaltigen Krankheitsbildes der Geschlechtskrankheiten, verbreitet sich dann über die Bedeutung und Folgen der Geschlechtskrankheiten namentlich für die Ehe und bespricht ausführlich die Vorbeugungsmaßregeln und den heutigen Stand der Behandlungsmethoden. Besonderes Augenmerk ist dem außerehelichen Geschlechtsverkehr als der Hauptquelle der Geschlechtskrankheiten und ein besonderer Abschnitt der jetzt vielfach geforderten Untersuchung auf geschlechtliche Gesundheit und der Frage der Anzeigepflicht der Geschlechtskrankheiten gewidmet und hierbei auch die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten bei den Kriegsteilnehmern berücksichtigt. Verfasser fordert am Schluß in Uebereinstimmung mit Kräpelin Untersuchung jedes Kriegsteilnehmers vor seiner Entlassung. Von rechtlichen Hilfsmitteln verspricht er sich im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten, insbesondere gegen die Prostitution keinen großen Erfolg; wichtiger und mehr Erfolg versprechend als viele Gesetzmacherei sind nach seiner Ansicht die Bestimmungen, die mit Hilfe von Hygiene und Medizin die Verhütung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten erreichen wollen; gerade von der ärztlichen Wissensschaft sei in dieser Hinsicht alles zu erwarten. Rpd.

Prof. Dr. R. Hecker und Schwester **Bernh. Woerner: Das Kind und seine Pflege.** Mit 52 Abbildungen. München 1917. Verlag von Hanfstaengl. Kl. 8°; Preis: 1 M. Bei Abnahme von 50 Stück: 90 Pfg., von 100 Stück: 80 Pfg.

Das Heft wird in zwei Ausgaben veröffentlicht, die eine für Schülerinnen, die andere für Mütter. Es zeichnet sich besonders durch zahlreiche und gute Abbildungen aus und bietet trotz geringen Umfanges durch kurze klare Fassung bei guter Auswahl des Stoffes relativ viel.

Dr. Rissmann-Osnabrück.

Dr. A. Kossel, Prof. und Direktor des Physiologischen Instituts in Heidelberg: **Leitfaden für medizinisch-chemische Kurse.** Dritte verbesserte Auflage. Berlin 1917. Verlag von Fischers med. Buchhandlung H. Kornfeld. Gr. 8o, 85 S. Preis: 2,50.

Die Vorzüge des Kosselschen Leidfadens sind schon wiegerholt bei den früheren Auflagen in dieser Zeitschrift hervorgehoben; in der neuen Auflage, die verschiedene Verbesserungen erfahren hat, machen sich diese Vorzüge noch in erhöhtem Maße geltend. Rpd.

Dr. Karl Kloss-Wien und **Dr. Leo Hahn**-Wien: **Taschenlexikon für das klinische Laboratorium.** Berlin-Wien 1918. Verlag von Urban & Schwarzenberg. Kl. 8°, 194 Seiten. Preis: 6,60 M., geb. 8 M.

Das Taschenbuch ist „als schnell orientierendes Nachschlagebunh" für die Arbeiten im klinischen Laboratorium gedacht und enthält alphabetisch geordnet in kurzgefaßter Form die Anleitung zur Ausführung und die wissenschaftliche Grundlage der wichtigsten Untersuchungsmethoden, die der klinische Betrieb und die Bedürfnisse des praktischen Arztes erfordern. Wenn die behufs „schneller Orientierung" gewählte alphabetische Ordnung des Stoffes diesen Zweck tatsächlich erreichen soll, dann müssen aber Stichworte und Hinweise jedenfalls so getroffen werden, daß man das Gesuchte auch wirklich „schnell" findet. Dieser Anforderung ist jedoch nicht überall entsprochen; unter dem Stichwort „Harn" wird z. B. betreffs der chemischen Untersuchung auf Zucker auf die Stichworte Dextrose, Laktose, Pentose und Glukose verwiesen; bei Dextrose heißt es dann aber wieder siehe Glukose, und bei Glukose siehe Traubenzucker, während dieses in erster Linie doch in Betracht kommende Stichwort bei „Harn" fehlt. Es ist dies ein Mangel, der sich bei späteren Auflagen des im übrigen brauchbaren Leitfadens leicht beseitigen lassen wird.

Rpd.

Dr. Sigmund Fränkel, Prof. der medizinischen Chemie in Wien: **Praktikum der medizinischen Chemie einschl. der forensischen Nachweise für Mediziner und Chemiker.** Mit 38 Textabbildungen und 2 Tafeln. Berlin-Wien 1918. Verlag von Urban & Schwarzenberg. Kl. 8°, 448 S. Preis: 18 M., geb. 20,50 M.

Das Praktikum soll nicht nur als Leitfaden für den praktischen Unterricht der Mediziner, sondern auch als Handbuch für den im Laboratorium oder in seinem Arbeitszimmer arbeitenden Arzt gelten. Verfasser beschreibt mit Recht nur die bewährtesten, am leichtesten und ohne große Hilfsmittel durchführbaren Untersuchungsmethoden; gerade dadurch wird sein Buch aber auch dem Mediziner nls praktischer Ratgeber dienen, vorausgesetzt, daß er über mehr als oberflächliche Kenntnisse in der Chemie verfügt. Rpd.

Dr. Richardt Weiss, Vorstand von Simons Chemisch-Bakteriologeschem Laboratorinm, Berlin: **Die schnellsten und einfachsten qualitativen und quantitativen Untersuchungsmethoden des Harns, Blutes und Magensaftes für den praktischen Arzt und Apotheker.** Mit 22 Abbildungen im Text. Berlin 1918. Verlag von Fischers med. Buchhandlung H. Kornfeld. Kl. 8°, 81 S. Preis: 3 M.

Eine recht brauchbare Zusammenstellung einfacher und praktischer, dabei doch zuverlässiger Methoden für die wichtigen Untersuchungen des Harns,

Blutes und Magensäfte, die es dem Arzt ermöglichen, auch ohne besondere Hilfsmittel und eingehende chemische Kenntnisse qualitative und quantitative Bestimmungen schnell und sicher auszuführen. Rpd.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. Dem Reichstage ist der nachstehende Entwurf eines Gesetzes gegen Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung nebst Begründung und Anlagen zugegangen.

„§ 1. Eingriffe oder Verfahren zum Zwecke der Beseitigung der Zeugungs- oder Gebärfähigkeit eines anderen oder der Tötung der Frucht einer Schwangeren sind nur zur Abwendung einer schweren, anders nicht zu beseitigenden Gefahr für Leib oder Leben der behandelten Person zulässig und nur einem staatlich anerkannten (approbierten) Arzte erlaubt.

§ 2. Der Arzt hat die im § 1 bezeichneten Eingriffe oder Verfahren unverzüglich nach ihrer Vornahme dem zuständigen beamteten Arzte schriftlich anzuzeigen. Die Anzeige muß Vor- und Zunamen, Wohnort und Wohnung der behandelten Person sowie Tag und Grund des Eingriffs oder Verfahrens enthalten. Bei Erkrankungen ist Grad und Verlauf der Krankheit anzugeben. Wer als zuständiger beamteter Arzt anzusehen ist, bestimmt die oberste Landesbehörde.

§ 3. Wer vorsätzlich die Zeugungs- oder Gebärfähigkeit eines anderen mit dessen Einwilligung beseitigt, ohne nach § 1 hierzu befugt zu sein, wird mit Zuchthaus bis zu drei Jahren, bei mildernden Umständen mit Gefängnis nicht unter einem Monat bestraft. Wer vorsätzlich seine Zeugungs- oder Gebärfähigkeit durch einen anderen beseitigen läßt, ohne nach § 1 hierzu befugt zu sein, wird mit Gefängnis bestraft. Der Versuch ist strafbar.

§ 4. Wer die im § 2 vorgeschriebene Anzeige unterläßt oder nicht rechtzeitig erstattet oder vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben macht, wird mit Geldstrafe bis zu dreitausend Mark oder mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit Haft bestraft".

Der Gesetzentwurf ist in der vorletzten Sitzung des Reichstages (12. d. M.) ohne weitere Besprechung dem **Ausschuß für Bevölkerungspolitik** zur weiteren Beratung überwiesen; er dürfte übrigens eine Folge der von diesem Ausschuß bei Beratung des Gesetzentwurf zur Bekämpfung des Geburtenrückgangs geäußerten Wünsche sein. Diesen Gesetzentwurf sowie der Gesetzentwurf zur **Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** hat der Ausschuß jetzt in zweiter Lesung mit verschiedenen Abänderungen und mehreren Entschließungen angenommen; im Plenum des Reichstags ist er aber nicht mehr zur Verhandlung gekommen. Nach einer Mitteilung in politischen Blättern hat übrigens der Ausschuß vorher noch die Wünsche von Vertreterinnen verschiedenen Frauenvereine entgegen genommen, die diese ihm in einer mit dem Ausschuß vereinbarten allerdings nicht offiziellen Sitzung im im Reichstagsgebäude vorgetragen haben. In dieser Sitzung war von jeder Partei ein Mitglied und ein Regierungsvertreter anwesend. Die Mitglieder des Ausschusses fühlten sich in dieser Sitzung nur als Zuhörer und traten mit Meinungsäußerungen wenig hervor, stellten aber an die anwesenden Frauen eine ganze Reihe sachlicher Fragen. Der Bevölkerungsausschuß hat mit diesem Entgegenkommen den Frauenvereinen gegenüber einen Präzedenzfall geschaffen, der an sich Anerkennung verdient, aber zu bedenklichen Folgen führen dürfte, wenn daraufhin nun auch andere beteiligte Kreise bei der Vorberatung von Gesetzentwürfen eine derartige Anhörung fordern werden, was voraussichtlich nicht ausbleiben wird.

Todesfall. Ein Opfer seines Berufes ist leider der Stadtschularzt Dr. **Steinhaus** in Dortmund geworden. Bei einer von ihm als Gerichtsarzt vorgenommenen gerichtlichen Leichenöffnung zog er sich am 12. d. M. durch eine leichte Verletzung an der Hand eine Blutvergiftung zu, der er drei Tage später erlegen ist. Der Verstorbene war ein äußerst tüchtiger Medizinalbeamter,

der sich namentlich auf dem Gebiete der Schulhygiene große Verdienste erworben hat. In ihm verliert nicht nur der Preußische Medizinalbeamtenverein eines seiner treuesten Mitglieder, sondern der Herausgeber dieser Zeitschrift auch einen seiner langjährigen Mitarbeiter. Friede seiner Asche; Ehre seinem Andenken!

In Ergänzung der Mitteilung in der Nr. 13 dieser Zeitschrift über die am 21. und 28. September d. Js. in Budapest stattfindende Tagung der **Aerztlichen Abteilung der Waffenbrüderlichen Vereinigung** teilen wir noch mit, daß auf dieser folgende Gegenstände zur Verhandlung kommen werden: 1. Aerztliche Ausbildung und Fortbildung. 2. Malariabekämpfung. 3. Kriegsfürsorge in Ungarn. Im Anschluß daran soll am 23. September nachmittags eine **deutsch-österreichisch-ungarische Tagung für Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik** abgehalten werden.

In der Eröffnungssitzung am 21. September wird Wirkl. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner-Berlin den Festvortrag über „Die Bedeutung des öffentlichen Gesundheitswesens und ihr Ausbau in der Zukunft" halten. Abends: Empfangsabend der Haupt- und Residenzstadt Budapest. Am 22. September nachmittags: Besuch der Margareteninsel und der dortigen Kriegsausstellung; abends: Empfang durch die Königl. Ungarische Regierung. Am 23. September abends: Eventuell Theaterbesuch. Am 24. September, vorm.: Abfahrt von Budapest nach Bad Pistyan, Besichtigung des Bades und der Kuranlagen; nachmittags Weiterfahrt nach Trencsén-Teplicz, Uebernachten daselbst. Am 25. September, vorm.: Besichtigung der Kuranlagen und des Bades Trencsén-Teplicz; nachmittags: Fahrt nach Tatra-Lomnicz, Uebernachten daselbst. Am 26. September, vormittags: Spaziergänge nach Wahl in Tatra-Lomnicz, Ausflug mit der elektrischen Bahn nach Tatra-Füred (Schmeks) und dem Csorbasee; abends: Rückfahrt nach Tatra-Lomnicz. Uebernachten daselbst. Am 27. September: Rückreise.

Aus dem von dem Deutschen Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen entworfenen Reiseprogramm ist noch folgendes mitzuteilen: Treffpunkt Wien am 20. September vormittags, dann Fahrt mit Sonderdampfer von Wien nach Budapest.

Die Kosten der Reise werden einschließlich der Dampfer- und Eisenbahnfahrten, sowie Unterkunft und Verpflegung mit Ausnahme der Getränke und Trinkgelder voraussichtlich etwa 325 Mark betragen. Für die Reise bis Wien und die Unterbringung daselbst, sowie für die Rückreise von Tatra-Lomnicz hat aber jeder Teilnehmer selbst Sorge zu tragen.

Meldungen, Anfragen und Zahlungen für die Studienreise sind zu richten an das Deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen, Berlin W 9, Potsdamerstr. 134 b. Der Meldung ist eine Anzahlung von 20 Mark für jeden Teilnehmer beizufügen; bei Rücktritt bis zum 6. September ist die Hälfte der Anzahlung, bei späterem Rücktritt die ganze Anzahlung von 20 Mark verfallen. Die Teilnahme von Damen ist vorgesehen und erwünscht.

Vor der Tagung der Waffenbrüderlichen Vereinigung findet in Wien vom 16. bis 19 September ein **Kongreß für Krüppelfürsorge und Orthopädie** statt, zu dem die Teilnehmer der ärztlichen Studienreise eingeladen sind.

A. Geschäfts- und Kassenbericht des Deutschen Medizinalbeamtenvereins für das Jahr 1917.

Die **Mitgliederzahl** betrug am Ende des Jahres 1916: 1482; sie ist leider während des Berichtsjahres infolge des Krieges weiter gesunken, denn dem Abgang von 30 Mitgliedern durch Tod und 31 Mitgliedern durch Austritt steht nur ein Zugang von 23 neuen Mitgliedern gegenüber, so daß die Gesamtzahl der M[illegible] am Schluß des Jahres nur noch 1444 betrug.

Von den Verstorbenen sind 8 auf dem Felde der Ehre gefallen oder während ihrer Tätigkeit im militärärztlichen Dienst verstorben (die Namen dieser Mitglieder sind nachstehend fett gedruckt); Ehre ihrem Andenken!

Die Namen der verstorbenen Mitglieder sind:

1. Dr. **Albrecht**, prakt. Arzt in Scheinfeld (Mittelfranken), staatsärztlich approbiert (im Felde gefallen).
2. „ **Auch**, Med.-Rat u. Bezirksarzt in Neustadt a. Orla (Sachsen-Weimar), (im Felde gefallen).
3. „ Becker, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Berlin.
4. „ **Carl Becker**, Bezirksarzt in München (während seiner militärärztlichen Tätigkeit gestorben).
5. „ Benthaus, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Paderborn.
6. „ Faber, Med.-Rat, Kreisarzt in Rotenburg a. Fulda.
7. „ Finger, Geh. Ob.-Med.-Rat, vortragender Rat in der Med.-Abteilung des preuß. Ministeriums des Innern in Berlin.
8. „ Gessele, San.-Rat in Traunstein (Oberbayern), staatsärztl. approb.
9. „ Gottschalk, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Berlin-Lichterfelde.
10. „ v. Hake, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Wiesbaden.
11. „ Heinrichs, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Jülich (Rheinprovinz).
12. „ **Heyl**, Geh. Med.-Rat und ständiger Hilfsarbeiter in der Med.-Abt. des preuß. Ministers des Innern in Berlin (während seiner militärischen Tätigkeit gestorben).
13. „ Höring, Geh. Hofrat, Marine-Oberstabsarzt a. D. in Stuttgart.
14. „ **Jannssen**, Med.-Rat, Kreisarzt in Neuwied (Rheinprovinz), (im Felde gestorben).
15. „ Klemz, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in Memmingen (Schwaben).
16. „ Kohlmann, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Coblenz.
17. „ Lissner, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Berlin-Friedenau.
18. „ Maas, Bezirksarzt in Wegscheid (Niederbayern).
19. „ Mayer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Amberg (Oberpfalz).
20. „ Mumm, Geh. San.-Rat, Kreisphysikus a. D. in Gelnhausen (Reg.-Bez. Kassel).
21. „ Roth, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat in Potsdam.
22. „ **Rothmaler**, prakt. Arzt in Gerbstedt (Reg.-Bez. Merseburg), staatsärztlich app. (während seiner militärärztlichen Tätigkeit gestorben).
23. „ **Salomon**, Geh. Med.-Rat, ord. Honorarprofessor an der technischen Hochschule in Berlin (während seiner militärärztlichen Tätigkeit gestorben).
23. „ Schlag, Med.-Rat, Kreisarzt in Ostrowo (Posen).
24. „ Schneider, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Gelsenkirchen (Westfalen).
25. „ Starcke, Bezirksarzt in Vieselbach (Sachsen-Weimar).
26. „ Telke, Geh. Med-Rat, Reg.- und Med.-Rat in Breslau.
27. „ v. Tessmar, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Limburg a. L. (Reg.-Bez. Wiesbaden).
28. „ Waldvogel, Reg.- u. Med.-Rat in Coburg.
29. „ Weißenrieder, Oberamtsarzt in Maulbronn (Württemberg).
30. „ **Zorn**, Landgerichtsarzt und Bezirksarzt in Frankenthal (Pfalz), (im Felde gefallen).

Der **Rechnungsabschluß** stellt sich wie folgt:

a. Einnahmen.

Kassenbestand am 1. Januar 1917	3170,36	M.
Mitgliederbeiträge (darunter 12 Mark aus den Vorjahren)	9492,00	„
Zinsen und sonstige Einnahmen	538,20	„
Vortrag auf 1918 behufs Zeichnung von Kriegsanleihe	1495,50	„
Zusammen:	14 696,06	M.

b. Ausgaben.

Für Bezug der Zeitschrift und Drucksachen . .	6888,65 M.	
Büro-, Reise-, Porto- und sonstige Kosten . .	1851,30 „	
Deutsche Kriegsanleihe	6756,11 „	
Zusammen:		14 696,06 M.

Das in Kriegsanleihe angelegte **Vermögen** des Vereins (12538,61 M. [13000 M. Nennwert]) betrug somit nach Abzug des durch Vorschuß von 1495,50 M. aus der diesjährigen Einnahme am Jahresschluß 1917: 11043,11 Mark und hat daher eine Zunahme gegenüber dem vorjährigen Vermögensbestand (8952,86 Mark) von 2090,25 Mark erfahren.

Von den am Schluß des Jahres 1916 noch rückständigen Beiträgen (36 M.) sind 12 M. eingegangen. Im Berichtsjahre sind nur zwei im Felde stehende Mitglieder mit ihrem Beitrag (zusammen 24 M.) rückständig geblieben.

Die Rechnungen und Belege sind ebenso wie die Kasse von den Vereinsmitgliedern, den Herren Prof. Dr. Maes, Physikus, und Reg.-Rat Dr. Sannemann, Hafenarzt in Hamburg, geprüft und richtig befunden.

Minden i. W. und Hamburg, im Juli 1918.

Der Vorstand des Deutschen Medizinalbeamtenvereins.

I. A.:

Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat, Vorsitzender. Dr. Sieveking, Physikus, Schrift- u. Kassenführer.

B. Geschäfts- und Kassenbericht des Preußischen Medizinalbeamtenvereins für das Jahr 1917.

Die **Mitgliederzahl** betrug am Ende des Jahres 1916: 800; davon sind im Laufe des Jahres 19 gestorben, 13 endgültig oder einstweilen (während des Krieges) ausgetreten. Neuaufgenommen sind nur 12 Mitglieder, so daß deren Gesamtzahl am Schluß des Jahres auf 780 gesunken ist.

Die Namen der verstorbenen Mitglieder sind aus dem vorstehenden Geschäftsbericht des Deutschen Medizinalbeamtenvereins ersichtlich.

Der **Rechnungsabschluß** stellt sich wie folgt:

a. Einnahmen.

Barbestand am 1. Januar 1916	942,44 M.	
Mitgliederbeiträge (darunter 375 M. rückständige aus den Jahren 1915/16)	11 850,00 „	
Zinsen und sonstige Einnahmen	782,21 „	
Zusammen:		13 574,65 M.

b. Ausgaben.

Für Bezug der Zeitschrift und Drucksachen . .	8069,80 M.	
Beitrag an den Deutschen Medizinalbeamtenverein	1560,00 „	
Büro-, Reise-, Porto- und sonstige Kosten . . .	701,71 „	
Niedergeschlagene Beiträge aus den Jahren 1914/15	97,50 „	
Zusammen:		10429,01 M.

Es bleibt somit ein Ueberschuß von 3145,64 M., der sich jedoch nach Abzug des vorjährigen Barbestandes (942,44 M.) und der im Berichtsjahre eingegangenen Restbeträge aus den Vorjahren (375 M.) um 1317,44 M. auf 1828,20 M. ermäßigt. Das am Schluß des Jahres 1916 vorhandene **Vereinsvermögen** (8682,44 M.) hat sich somit auf 10510,64 M. erhöht. Von diesem Vermögen sind 9686,25 M. (Nennwert 10000 M.) in Deutscher Kriegsanleihe angelegt, davon 2418,50 M. (Nennwert 2500 M.) im Berichtsjahre, und 824,39 M. als Bankguthaben vorhanden. Dazu kommen noch 540 M. rückständge Beiträge aus den Jahren 1916/17, die ebenso wie im Vorjahre nicht mehr in den Vermögensbestand eingerechnet sind.

Die Abrechnung nebst allen Rechnungen und Belegen ist ebenso wie die Kasse von zwei Vereinsmitgliedern, den Herren Kreisärzten Geh. Med.-Rat Dr. Schlüter-Gütersloh und Med.-Rat Dr. Loer-Paderborn, geprüft und richtig befunden.

Minden i. W. und Halle a. S., im Juli 1918.

Der Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins.

I. A.:

Prof. Dr. Rapmund,
Geh. Med.-Rat,
Vorsitzender.

Dr. Feilitz,
Geh. Med.-Rat
Schrift- und Kassenführer.

C. Geschäfts- und Kassenbericht der Jubiläumsstiftung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins für das Jahr 1917.

Die Zahl der Mitglieder, die den Jahresbeitrag gezahlt haben, hat sich wieder etwas vermindert und ist auf 283 zurückgegangen, da noch eine größere Zahl von Kollegen im Felde steht. Es sind an Jahresbeiträgen eingegangen rund 3064 M. gegen 3126 M. im Jahre 1916. Einmalige Beiträge sind nicht geleistet worden.

Die Jahresrechnung schließt ab, wie folgt:

a. Einnahme.

Bestand aus dem Vorjahre	2067,23 M.
Jahresbeiträge für 1917	3064,90 „
Zinseneinnahmen	1911,08 „
Zusammen	7043,21 M.

b. Ausgabe.

Gewährte Unterstützungen	1 600,00 M.
Kapitalanlage	4 862,65 „
Porto, Schreibgebühren, Drucksachen usw.	52,47 „
Zusammen:	6 515,12 M.
Bleibt Kassenbestand	528,09 M.

Das Vermögen der Stiftung betrug am 31. Dezember 1917:

1. Zinstragende Wertpapiere:	
a. aus dem Vorjahre übernommen:	
$3^1/_2$ % Preußische Staatsanleihe . . .	10 000,00 M.
4 % „ „ . . .	14 000,00 „
4 % Deutsche Reichsanleihe	2 000,00 „
5 % „ „	14 000,00 „
4 % Westfälische Provinzialanleihe . .	4 000,00 „
4 % Pommersche „ . .	1 000,00 „
b. im Berichtsjahre neu beschafft:	
5 % Deutsche Reichsanleihe	5 000,00 „
2. Kassenbestand	528,09 „
Vermögensbestand am 31. Dezember 1917:	50 528,09 M.
„ „ 31. Dezember 1916:	47 067,23 „
Mithin mehr:	3 460,86 M.

24 000 M. $3^1/_2$ % bezw. 4 % Preußische Staatsanleihe sind auf den Namen des Preußischen Medizinalbeamtenvereins in das Staatsschuldbuch, 2000 M. 4 % und 19 000 M. 5 % Deutsche Reichsanleihe desgleichen in das Reichsschuldbuch eingetragen. 5000 M. 4 % Provinzialanleihe sind bei der Dresdner Bank, Filiale Gütersloh, hinterlegt. Der Zinsertrag der Wertpapiere, von denen die Zinsen von 10 000 M. 5 % Deutscher Reichsanleihe nur für $^1/_2$ Jahr am 20. September und am 20. Dezember 1917 fällig waren und gezahlt sind, betrug für 1917 zusammen 1890 M. gegen 1640 M. im Vorjahre. Für 1918 wird die Zinseneinnahme 2140 M. betragen.

Unterstützungen sind im Betrage von 1 600 M. gewährt an 7 Witwen von Medizinalbeamten in Einzelbeträgen von je 300 und 200 M.

Den Herren Regierungs- und Medizinalräten spricht der Vorstand für das Wohlwollen und Interesse, das sie wiederum im Berichtsjahre der Stiftung zugewandt haben, seinen herzlichsten Dank aus.

Minden i. W. und Gütersloh, den 1. März 1918.

Der Vorstand der Jubiläumsstiftung.

I. A.:

Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat, Vorsitzender.

Kreisarzt Dr. Schlüter, Geh. Med.-Rat, Schrift- u. Kassenführer.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns. Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

31. Jahrgang; Nr. 15.  Ausgegeben am 5. August 1!

ZEITSCHRIFT
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für da Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich de Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:

Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.

Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.

Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

INHALT.

(Fortsetzung des Inhalts auf der 4. Seite.)

31. Jahrg. 1918.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie,

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Kronenorden III. Klasse: dem Ober-Med.-Rat Dr. Ackermann, Direktor der Landesanstalt Großschweidnitz (Königr. Sachsen); — das Verdienstkreuz für Kriegshilfe: dem Geh. Med.-Rat Dr. Riehn, Kreisarzt in Clausthal a. Harz.

Ernannt: Geh. Reg.-Rat Dr. Hamel, Mitglied des Kaiserl. Gesundheitsamts, zum vortragenden Rat im Reichsamt des Innern, a. o. Prof. Dr. Hoffmann in Bonn zum ordentlichen Professor daselbst, Oberarzt d. Res. Dr. Barten, z. Z. im Felde, zum Kreisassistenzarzt des Kreisarztbezirks Cöln-Nord, Oberarzt Dr. Hagemeister in Neuruppin zum Kreisassistenzarzt unter Ueberweisung an den Regierungspräsidenten in Trier, Dr. Merkel in Melsungen zum Kreisassistenzarzt unter Ueberweisung an den Kreisarzt des Stadtkreises Cassel und unter Uebertragung der Stelle eines Assistenten an der Irrenanstalt in Cassel

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Meder, Kreisarzt a. D. in Altenkirchen (Rheinland).

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Luitpoldkreuz: dem Bezirksarzt Med-Rat Dr. Weiß in Miesbach.

Ernannt: Prof. Dr. Nißl, Abteilungsvorsteher der hystopathologischen Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München, zum Honorarprofessor der Psychiatrie in der dortigen medizinischen Fakultät.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Körber, Bezirksarzt a. D. in Würzburg.

Königreich Sachsen.

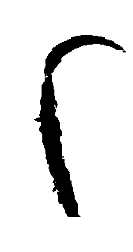
Ernannt: Die Privatdozenten Dr. Hübschmann und Dr. Klein in Leipzig zu außerordentlichen Professoren in der dortigen medizinischen Fakultät, Med.-Rat Dr. Nitzsche als Anstaltsbezirksarzt der Landesanstalt Dösen.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Lehmann, Direktor der Landesanstalt Dösen bei Leipzig.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel als a. o. Professor: dem Privatdozenten Dr. B. Baisch in Heidelberg.

Ernannt: Prof. Dr. Wilmanns, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Konstanz, zum ordentl. Professor der Psychiatrie in Heidelberg; der a. o. Prof. Dr. Eugen Fischer in Freiburg zum ordentl. Professor und Direktor des anatomischen Universitäts-Instituts daselbst.



INHALT.

(Fortsetzung des Inhalts auf der 4. Seite.)

31. Jahrg. **Zeitschrift** 1918.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 15. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Aug.

Entwurf eines Gesetzes gegen Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung.[1])

Vom Herausgeber.

Kurz vor seiner Vertagung ist dem Reichstage noch der Entwurf eines Gesetzes gegen Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung vorgelegt und von diesem in erster Lesung ohne besondere Besprechung dem Ausschuß für Bevölkerungspolitik zur Beratung überwiesen worden. Daß diese Ueberweisung, entgegen dem sonst üblichen Gebrauch, ohne jede Meinungsäußerung weder vom Regierungstische noch von Vertretern der einzelnen politischen Parteien erfolgt ist, rechtfertigt jedoch keineswegs die Annahme, daß es sich hier um ein Gesetz von geringerer Bedeutung handelt, sondern dürfte lediglich durch die Geschäftslage des Hauses bedingt sein. Jedenfalls bildet der Entwurf ein wichtiges Glied in der

[1]) Der Wortlaut des Gesetzentwurfes ist bereits in voriger Nummer dieser Zeitschrift unter Tagesnachrichten (S. 307) abgedruckt; damals waren aber dem Herausgeber die Begründung und deren Anlagen noch nicht bekannt, so daß eine eingehende Besprechung des Entwurfes unter Mitteilung der Begründung usw. erst jetzt erfolgen kann.

für den Wiederaufbau der deutschen Volkskraft so außerordentlich bedeutungsvollen Frage der Bekämpfung des Geburtenrückgangs, dessen Notwendigkeit in dem allgemeinen Teil der beigegebenen Begründung wie folgt begründet wird:

„Während infolge der Kriegsverluste und namentlich infolge des starken Geburtenausfalls während des Krieges jedem Deutschen, sowohl Mann wie Frau, in gesteigertem Maße die Pflicht obliegt, alle nicht durch besondere gesundheitliche Rücksichten gebotenen Eingriffe oder Verfahren an sich oder anderen zu vermeiden, die die Zeugungs- und Gebärfähigkeit aufheben oder die Geburt einer lebensfähigen Leibesfrucht verhindern sollen, haben die im letzten Jahrzehnte gewonnenen Erfahrungen gezeigt, daß sich das Bewußtsein von der Bedeutung dieser Pflicht bei manchen Aerzten wie auch in weiten Kreisen der Bevölkerung in bedenklichem Umfang abgeschwächt hat.

Wenngleich statistische Unterlagen über die Häufigkeit künstlicher Unfruchtbarmachung fehlen, so sind sich doch die Aerzte darüber einig, daß die Beseitigung der Gebärfähigkeit der Frauen nicht selten auch dann vorgenommen wird, wenn sie nach dem pflichtgemäßen Ermessen des Arztes zur Abwendung einer im Falle zukünftiger Schwangerschaft das Leben oder die Gesundheit der Frau bedrohenden erheblichen Gefahr nicht erforderlich wäre. Vielmehr wird der Eingriff in solchen Fällen nur dadurch veranlaßt, daß die Frau den selbstsüchtigen Wunsch hat, keine weiteren oder überhaupt keine Kinder zu gebären, obgleich sie in gesundheitlicher und wirtschaftlicher Beziehung sehr wohl dazu in der Lage wäre. In der Regel aus Bequemlichkeit, Eitelkeit, Genußsucht und Scheu vor häuslichen Einschränkungen, in manchen Fällen vielleicht auch aus übertriebener Besorgnis vor einer gesundheitlichen Schädigung, soll der Schwangerschaft vorgebeugt werden. Da in Anbetracht der großen Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie und der Strahlenbehandlung die künstliche Unfruchtbarmachung weiblicher Personen heute nur ein Eingriff ist, der, wenn er von sachverständiger Seite ausgeführt wird, meist ohne nachteilige Folgen für die Gesundheit bleibt, sind die Besorgnisse, die viele Frauen früher davon abhielten, eine Beseitigung ihrer Gebärfähigkeit an sich vornehmen zu lassen, in Fortfall gekommen. Daher erklärt es sich ferner, daß auch manche Aerzte ohne ernstere Bedenken zur Vornahme der Unfruchtbarmachung schreiten oder ihren Patienten ein solches Verfahren empfehlen. Unter diesen Umständen droht die Beseitigung der Gebärfähigkeit, zumal wenn allen unbegründeten Schwangerschaftsunterbrechungen ein gesetzlicher Riegel vorgeschoben wird, einen Umfang anzunehmen, der bevölkerungspolitisch zu ernsten Besorgnissen Anlaß geben muß.

Fälle der Beseitigung der Zeugungsfähigkeit beim Manne sind selten und würden für sich allein gesetzgeberisches Einschreiten nicht bedingen. Wenn indes der Entwurf von einer unter den obwaltenden Verhältnissen zum mindesten moralischen und vaterländischen Verpflichtung gesunder Frauen, Kinder zu gebären, ausgeht, und ihnen verbietet, ohne zureichenden Grund sich der Möglichkeit dazu berauben zu lassen, so muß demgemäß auch die entsprechende Pflicht des Mannes, sich zeugungsfähig zu erhalten, aufgestellt werden. Dazu kommt, daß das Verfahren, einen Mann zeugungsfähig zu machen, nach dem neuzeitlichen Stande der ärztlichen Kunst ohne nachteilige Wirkung für diesen bleibt, so daß eine Ausbreitung der künstlichen Unfruchtbarmachung des Mannes immerhin ernstlich zu befürchten wäre, sobald die Beseitigung der Gebärfähigkeit der Frau durch Strafandrohung erschwert ist.“

Nach dem übereinstimmenden Urteil ärztlicher Sachverständiger ist die Zahl der Fälle, in denen die Frucht einer Schwangeren im Mutterleibe getötet und damit die Schwangerschaft unterbrochen wird, im Deutschen Reiche in den letzten Jahren erheblich gewachsen. Genaue Zahlenangaben darüber lassen sich nicht machen, weil eine standesamtliche Meldung bei unzeitigen oder Fehlgeburten (Abortus) nicht vorgeschrieben ist, auch sonst eine Pflicht zur Anzeige einer stattgehabten Schwangerschaftsunterbrechung nicht besteht, und naturgemäß eine große Reihe von Fällen sich im Verborgenen abspielt.

Auch die Kriminalstatistik zeigt eine überaus starke Steigerung der Verurteilungen wegen Kindesabtreibung. Es fanden rechtskräftige Verurteilungen wegen dieser Straftat statt im Jahre:

1890: 169	1902: 448	1905: 414	1908: 625	1911: 805
1900: 314	1903: 429	1906: 495	1909: 758	1912: 977
1901: 356	1904: 450	1907: 488	1910: 769	

Diese Zahlen stellen nur einen geringen Bruchteil der verbrecherischen Kindesabtreibungen dar, da der größte Teil solcher Abtreibungen nicht zur Kenntnis der Strafverfolgungsbehörden gelang.

Unter der großen Zahl der Schwangerschaftsunterbrechungen, die sich nach ärztlicher Schätzung alljährlich ereignen, sind auch die Fälle ärztlicher Eingriffe enthalten. Auch bei diesen Eingriffen ist nach dem übereinstimmenden Urteil der Sachverständigen eine Zunahme festzustellen. Diese Erscheinung ist zum Teil darauf zurückzuführen, daß manche Aerzte im Laufe der Zeit sich in ihren Anschauungen über die Zulässigkeit einer ärztlichen Beseitigung der Schwangerschaft zu Grundsätzen bekannt haben, die mit einer gesunden Rechtsauffassung nicht mehr im Einklang stehen. Es war ursprünglich feststehender, von der gesamten Aerzteschaft anerkannter Grundsatz, daß ein Arzt eine Schwangerschaft nur beim Vorliegen unmittelbarer, durch kein anderes Mittel zu beseitigender Lebensgefahr der Schwangeren unterbrechen dürfe. Allmählich aber sind die Bedingungen für die Vornahme einer Schwangerschaftsunterbrechung in wissenschaftlichen Erörterungen und Besprechungen sowie in der Praxis mehr und mehr erweitert worden, so daß die zulässige Grenze jetzt oft überschritten wird. Veranlaßt wird diese Grenzüberschreitung nicht so sehr von den Aerzten selbst als von den Personen, die ihren Rat in Anspruch nehmen. Es ist eine Folge jener bekannten Bewegung, die einem schwächlichen Fortpflanzungswillen entspringt und mit voller Ueberlegung auf eine Beschränkung der Kinderzahl hinzielt, wenn in neuerer Zeit häufig gesunde Frauen in der Sprechstunde des Arztes erscheinen und meist unter nichtigen Vorwänden verlangen, von ihrer Schwangerschaft befreit zu werden. Dabei handelt es sich erfahrungsgemäß bei verheirateten Frauen in der Regel nicht einmal um eine wirtschaftliche Notlage, sondern um das Verlangen, möglichst unbeeinträchtigt an den Genüssen des Lebens teilnehmen zu können und keine gewohnte Bequemlichkeit entbehren zu müssen. Begreiflich, aber zugleich höchst bedauerlich ist, daß dieser Zug der Zeit auch in der Auffasung eines Teiles der Aerzteschaft ungerechtfertigt milde Ansichten herbeigeführt hat. Manche Aerzte glauben jetzt, einen Eingriff zur Beseitigung der Schwangerschaft auch dann vornehmen zu dürfen, wenn dies bei strenger gesundheitlicher Anzeigenstellung nicht nötig ist. Sie sind dabei sogar oft guten Glaubens, indem sie in Ueberschätzung der gesundheitlichen Gefährdung befürchten, die Schwangere werde schweren Schaden erleiden, wenn sie die Frucht austrüge. Es sind Fälle nachgewiesen worden, in denen schon eine unbedenkliche Steigerung der natürlichen, mit der Schwangerschaft verbundenen Störungen des Allgemeinbefindens, ein nervöses Leiden, ja sogar der bloße Verdacht eines Lungenleidens als hinreichend gegolten haben, um eine Unterbrechung der Schwangerschaft vorzunehmen.

Wo anderseits gesundheitliche Störungen überhaupt fehlen, ist für manche Aerzte schon allein die Erwägung, daß ein übermäßiger Kindersegen das Elternpaar in wirtschaftliche und damit den Nachwuchs auch in gesundheitliche Schwierigkeiten bringen könnte — die sogenannte „soziale Indikation" —, für die Vornahme der Schwangerschaftsunterbrechung bestimmend gewesen. Eine solche Begründung widerspricht jedoch jeder sittlichen und rechtlichen Auffassung. Denn höher als die wirtschaftliche Lage des Elternpaares, für deren Hebung andere Mittel angewandt werden können, ist der Schutz des keimenden Lebens zu bewerten. Dieses aus selbstsüchtigen Gründen zerstören zu lassen, darf demjenigen, welcher es hervorgerufen hat, niemals gestattet sein.

Neben sozialen Gründen wurde auch die Befürchtung, daß infolge eines vererbbaren körperlichen oder geistigen Mangels des Vaters oder der Mutter ein minderwertiger Nachwuchs zur Welt kommen könnte, zu Unrecht als ausreichend für den gleichen Eingriff erachtet („rassenhygienische" oder „eugenische Indikation")."

Dies sind schwere Vorwürfe, die hier dem weiblichen Geschlecht gemacht werden, aber leider durchaus begründet sind. Auffallend ist es nur, daß demgegenüber die Schuld des männlichen Geschlechtes nur gestreift wird, obwohl sie in dieser Beziehung mindestens ebenso groß, wenn nicht noch größer als die des weiblichen ist und deshalb die gleiche Verurteilung verdient. Schwer sind auch die gegen den ärztlichen Stand gerichteten Vorwürfe, deren Berechtigung leider ebenfalls anerkannt werden muß. Erfreulicherweise trifft aber der den Aerzten gemachte Vorwurf eines geringeren Pflicht- und Verantwortungsgefühls gegenüber dem keimenden Leben und der Erhaltung der Zeugungsfähigkeit nur einen verhältnismäßig kleinen Teil der Aerzte; jedenfalls haben gerade die ärztlichen Vereine und Staatsvertretungen schon seit Jahren auf diese Mißstände und die Notwendigkeit ihrer Abstellung aufmerksam gemacht. Es wird dies auch in der allgemeinen Begründung des Gesetzentwurfes ausdrücklich anerkannt und u. a. auf die von der durch Hinzuziehung von Vertretern der Aerztekammern erweiterten preußischen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen[1]) im Jahre 1916 sowie von dem Reichsgesundheitsamt[2]) in seiner Sitzung vom 21. Dezember

---

[1]) Siehe diese Zeitschrift Jahrgang 1916, Nr. 22, Seite 683—686.

[2]) Die Beschlüsse des Reichsgesundheitsamts vom 22. Dezember 1917 haben folgenden Wortlaut:

„1. Behufs Einschränkung der Schwangerschaftsunterbrechungen durch Aerzte ist die Einführung einer gesetzlichen Anzeigepflicht für solche Fälle zu empfehlen.

2. Mit Rücksicht auf die bestehende Meinungsverschiedenheit darüber, ob und inwieweit die Vornahme einer Schwangerschaftsunterbrechung aus Gesundheitsgründen nur den Aerzten oder auch Nichtärzten rechtlich erlaubt ist, erscheint es zunächst erforderlich, durch Gesetz zu bestimmen, daß solche Eingriffe unter bestimmten Voraussetzungen nur den Aerzten erlaubt sind; dies geschieht am besten durch eine Vorschrift, die etwa besagt:

Eine Schwangerschaftsunterbrechung ist nur zur Beseitigung einer die Schwangere bedrohenden schweren Lebens- oder Gesundheitsgefahr, sofern diese durch kein anderes Mittel abgewendet werden kann, zulässig und darf nur von einem Arzte vorgenommen werden.

Der Arzt ist verpflichtet, jeden Fall einer von ihm vorgenommenen Schwangerschaftsunterbrechung gleichviel, ob es sich dabei um die Beseitigung einer noch nicht lebensfähigen Leibesfrucht oder um die Herbeiführung einer Frühgeburt gehandelt hat, dem beamteten Arzte unverzüglich anzuzeigen. Die Anzeige muß schriftlich erfolgen und muß die Angabe des Namens, des Wohnorts und der Wohnung der Schwangeren sowie des Tages des vorgenommenen Eingriffs, ferner die genaue Bezeichnung des Grundes, welcher den Eingriff veranlaßt hat, enthalten.

3. In den ärztlichen Standesordnungen oder in sonst geigneter Weise ist den Aerzten zur Richtschnur zu machen, daß eine Schwangerschaftsunterbrechung außer in Notfällen nur auf Grund der Zuziehung eines zweiten Arztes vorgenommen werden darf.

4. Eingriffe zu dem Zwecke, eine weibliche Person unfruchtbar zu machen, sind nur zulässig, wenn sie zur Beseitigung einer das Leben oder die Gesundheit schwer bedrohenden und durch kein anderes Mittel abwendbaren Gefahr notwendig sind, und dürfen nur von einem Arzte vorgenommen werden. Der Arzt ist verpflichtet, jeden Fall, in dem er eine Unfruchtbarmachung vorgenommen hat, unverzüglich dem beamteten Arzte schriftlich anzuzeigen. Aus der Anzeige müssen Namen, Wohnort und Wohnung der unfrucht-

1917 in dieser Hinsicht als Anlage beigefügten Beschlüsse und auf die sonst von ärztlichen Vereinen gemachten Vorschläge (z. B. auf den von dem ärztlichen Kreisverein vom 15. Januar 1918 über Sterilisierung und künstlichen Abort gefaßten, ebenfalls als Anlage beigefügten Beschluß) hingewiesen. Die Staatsregierung ist jedoch im Einverständnis mit dem Reichsgesundheitsrat der Ansicht, daß es zur Abhilfe der auf diesem Gebiete bestehenden Uebelstände nicht mehr genügt, wenn sich die Kenntnis von der Notwendigkeit der dazu erforderlichen Maßnahmen in Aerztekreisen immer mehr Bahn bricht und zu gewissen Vereinbarungen der Aerzte untereinander führt. Nach ihrer Ansicht bedarf es vielmehr einer zweifelsfreien Klarstellung im Gesetzwege, wonach Eingriffe oder Verfahren zum Zwecke der Beseitigung der Zeugungs- und Gebärfähigkeit oder der Tötung der Frucht einer Schwangeren zur Abwendung einer schweren, anders nicht zu beseitigenden Gefahr für Leib oder Leben der behandelnden Person zulässig sein sollen. Gefahren geringerer Art dürfen also den schwerwiegenden Eingriff ebensowenig rechtfertigen wie soziale oder rassenhygienische Indikationen. Der Gesetzentwurf[3]) bestimmt demnach folgendes:

„§ 1.[4]) Eingriffe oder Verfahren zum Zwecke der Beseitigung der Zeugungs- oder Gebärfähigkeit eines anderen oder der Tötung der Frucht einer Schwangeren sind nur zur Abwendung einer schweren, anders nicht zu beseitigenden Gefahr für Leib oder Leben der behandelten Person zulässig und nur einem staatlich anerkannten (approbierten) Arzte erlaubt.

---

bar gemachten weiblichen Person sowie der Grund für die Unfruchtbarmachung ersichtlich sein; insbesondere müssen die Erkrankung oder die Gesundheitsbedrohung sowie Ort, Tag und Art der vorgenommenen Unfruchtbarmachung genau bezeichnet sein.

5. usw.

6. Eine Notwendigkeit, besondere Vorlesungen auf den Universitäten und ähnlichen Lehrstätten über ärztliche Ethik etwa zu dem Zwecke einzuführen, um das Gewissen der Aerzte gegenüber den an sie herantretenden Wünschen der Unfruchtbarmachung zu schärfen, besteht nicht. Wohl aber ist es zweckmäßig, daß die ärztlichen Hochschullehrer in ihren Vorlesungen und Kursen die sich bietenden Gelegenheiten benutzen, um die Studierenden der Medizin in den Forderungen der ärztlichen Ethik nachdrücklich zu unterweisen.

Aerzte und Hebammen sollen verpflichtet werden, alle Fehlgeburten, die zu ihrer Kenntnis gelangen, dem beamteten Arzte unverzüglich anzuzeigen und hierbei Namen, Wohnort und Wohnung der Schwangeren sowie den Tag, an dem die Fehlgeburt stattgefunden hat, anzugeben."

[3]) Die Begründung des Gesetzentwurfs ist an zutreffender Stelle in Anmerkung beigefügt.

[4]) Zu § 1: Der Fall des § 1 liegt nur vor, wenn die Eingriffe oder Verfahren zu dem Zwecke vorgenommen werden, die Zeugungs- oder Gebärfähigkeit zu beseitigen oder die Schwangerschaft zu unterbrechen, nicht z. B. wenn die Unfruchtbarmachung als solche gar nicht die eigentliche Absicht des vorgenommenen Eingriffs ist, sondern die unvermeidliche Nebenwirkung eines Eingriffs darstellt, der wegen Erkrankung der Fortpflanzungsorgane vorgenommen werden mußte. Die Wortfassung: „zur Abwendung einer schweren, anders nicht zu beseitigenden Gefahr für Leib oder Leben" entspricht der Notstandsbestimmung des Reichs-Strafgesetzbuchs (§ 54). Nur unter der Voraussetzung, daß der Arzt nach gewissenhafter Prüfung die pflichtmäßige Ueberzeugung gewonnen hat, es sei der Eintritt des Todes der behandelten

§ 2.[5]) Der Arzt hat die im § 1 bezeichneten Eingriffe oder Verfahren unverzüglich nach ihrer Vornahme dem zuständigen beamteten Arzte schriftlich anzuzeigen. Die Anzeige muß Vor- und Zunamen, Wohnort und Wohnung der behandelten Person sowie Tag und Grund des Eingriffs oder Verfahrens enthalten. Bei Erkrankungen ist Grad und Verlauf der Krankheit anzugeben.

Wer als zuständiger beamteter Arzt anzusehen ist, bestimmt die oberste Landesbehörde.

§ 3. Wer vorsätzlich die Zeugungs- oder Gebärfähigkeit eines anderen mit dessen Einwilligung beseitigt, ohne nach § 1 hierzu befugt zu sein, wird mit Zuchthaus bis zu drei Jahren, bei mildernden Umständen mit Gefängnis nicht unter einem Monat bestraft.

Wer vorsätzlich seine Zeugungs- oder Gebärfähigkeit durch einen anderen beseitigen läßt, ohne nach § 1 hierzu befugt zu sein, wird mit Gefängnis bestraft.

Der Versuch ist strafbar.

§ 4. Wer die im § 2 vorgeschriebene Anzeige unterläßt oder nicht rechtzeitig erstattet oder vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben macht, wird mit Geldstrafe bis zu dreitausend Mark oder mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit Haft bestraft".

Person zu befürchten oder ihre Gesundheit auf das ernsteste gefährdet, wenn die Unfruchtbarmachung nicht vorgenommen wird oder wenn das Kind im Mutterleibe zur normalen Austragung gelangt, soll er berechtigt sein, nach den Regeln der ärztlichen Kunst die Zeugungs- oder Gebärfähigkeit zu beseitigen oder die Schwangerschaft zu unterbrechen. Ein augenblicklich nur leichter Krankheitszustand, wie z. B. ein Lungenspitzenkatarrh, dessen bedrohlich gesteigerter Verlauf während der Schwangerschaft noch nicht durch ärztliche Beobachtung erwiesen ist, soll noch nicht zu einer Straffreiheit des Arztes führen. Soziale, rassehygienische, wirtschaftliche und sonstige Gesichtspunkte werden hiernach als erlaubte Gründe nicht anerkannt.

Was die Frage betrifft, wer unter den angegebenen Voraussetzungen befugt sein soll, Eingriffe oder Verfahren der bezeichneten Art vorzunehmen, so war zu berücksichtigen, daß nach geltendem Rechte der Betrieb der Heilkunde ein freies Gewerbe ist, das jedermann ohne Rücksicht auf besondere ärztliche Vorbildung offensteht. Demgemäß würde an sich die Vornahme dieser Eingriffe oder Verfahren zu Heilzwecken unter den im Entwurf bezeichneten Voraussetzungen auch Nichtärzten gestattet sein. Wenn im Entwurfe Nichtärzten die Vornahme der Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung untersagt wird, so hat das seinen Grund darin, daß bei einem so folgenschweren Eingriff ein ganz besonderes Maß von Sachkunde und Erfahrung erforderlich ist, um die Voraussetzungen, unter denen er künftig nur zulässig sein soll, richtig abzuwägen und ihn nach allen Regeln der ärztlichen Kunst mit dem Erfolge der Erhaltung des Lebens und der Unversehrtheit des Behandelten durchzuführen. Von den Aerzten wird überdies das erforderliche Maß von Verantworlichkeitsgefühl erwartet werden dürfen, zumal ihre Betätigung auch noch gegebenenfalls der Nachprüfung durch das ärztliche Ehrengericht unterworfen ist.

Die Befugnis zur Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung ist auf staatlich anerkannte (approbierte) Aerzte beschränkt, da weder eine im Ausland erworbene Berechtigung zur Ausübung der ärztlichen Praxis noch das Bestehen des ärztlichen Fachexamens im Inland ohne den Besitz der Approbation für sich allein genügende Gewähr für sachgemäße ärztliche Betätigung auf diesem Gebiete bietet.

[5]) Zu § 2: Die dem Arzte auferlegte Anzeigepflicht soll den zuständigen Behörden einen Ueberblick über die Häufigkeit der Beseitigungen der Zeugungs- und Gebärfähigkeit und der Schwangerschaftsunterbrechung sowie über die hauptsächlich in Betracht kommenden Gründe für diese Eingriffe

Wie schon anfangs bemerkt ist, bildet der Gesetzentwurf eine Ergänzung des Gesetzes gegen die Verhütung der Geburten; es wäre deshalb auch richtiger gewesen, ihn mit diesem zu verbinden und nicht noch ein besonderes Gesetz zu erlassen, dessen Notwendigkeit leider ein außerordentlich schlechtes Licht auf die Moral des deutschen Volkes wirft. Diese Notwendigkeit scheint man aber bei Vorlage des erstgenannten Gesetzentwurfes noch nicht in dem Maße anerkannt zu haben, als jetzt; damals glaubte man vielmehr noch von einer Bestimmung, ob und inwieweit Aerzte berechtigt seien, aus gesundheitlichen Gründen nach den Regeln ärztlicher Kunst solche Handlungen vorzunehmen, Abstand nehmen und mit den bisherigen Strafbestimmungen unter Mitwirkung der ärztlichen Standesordnungen auskommen zu können. Von dieser Ansicht ist man jedoch jetzt abgekommen; die Verhandlungen im Reichstagsausschuß über die Bekämpfung des Geburtenrückgangs sowie die Verhandlungen im Reichstage und im Preußischen Abgeordnetenhause bei Gelegenheit der Beratung des Haushalts für das Reichsgesundheitsamt und für das preußische Medizinalwesen werden dabei nicht ohne Einfluß geblieben sein, denn hier ist mehrfach auf die

---

geben. Zugleich wird sie die Aerzte, von denen auffallend häufig derartige Eingriffe vorgenommen werden, den Aufsichtsbehörden ersichtlich machen und in begründeten Verdachtsfällen auch eine Nachprüfung der Berechtigung solcher Eingriffe ermöglichen.

Bei so wichtigen Eingriffen, wie sie die Unfruchtbarmachung und die Zerstörung eines keimenden Lebens darstellen, kann es dem Aerztestande selbst nur zum Vorteil gereichen, wenn jeder Arzt durch eine sogleich erstattete Anzeige über den Sachverhalt sich eine Art Selbstschutz verschafft, um von vornherein dem Verdacht, daß seine Handlungsweise irgendwie das Licht zu scheuen habe, die Spitze abzubrechen. Gleichzeitig wird die Selbstkritik der ärztlichen Indikationen geschärft und vertieft. Auch bietet die Anzeigepflicht dem Aerztestand Anlaß, auf die Frauen gegenüber ihrem unberechtigten Drängen belehrend und hemmend einzuwirken. Jeder Arzt wird die Frau, welche unbefugt eine Beseitigung ihrer Gebärfähigkeit oder eine Befreiung von der Leibesfrucht wünscht, darauf aufmerksam machen können, daß nach dem Gesetze eine Anzeige an den beamteten Arzt erfolgen muß.

Bei diesen Meldungen sollen neben Zeit und Grund der vorgenommenen Unfruchtbarmachung oder Schwangerschaftsunterbrechung auch Namen, Wohnort und Wohnung der behandelten Person angegeben werden. Ohne diese letzteren Angaben würde die Anzeigepflicht nur sehr unvollkommen ihren Zweck erreichen. Denn nur dann werden die betreffenden Personen davon abgehalten werden können, ohne ausreichenden Grund sich die Zeugungs- oder Gebärfähigkeit beseitigen oder von einer Schwangerschaft befreien zu lassen, wenn sie wissen, daß ihr Name einer behördlichen Stelle genannt werden muß. Außerdem wird erst durch die Namensnennung die Möglichkeit geboten, in verdächtigen Fällen Ermittelungen anzustellen, ob der Arzt nicht zu weitherzig gehandelt hat. Es kann dahingestellt bleiben, ob die Befürchtung gerechtfertigt ist, daß die Verpflichtung zur Namensnennung manche Frauen dazu verführen kann, die Unfruchtbarmachung auch für den Fall, daß sie an sich ärztlich geboten ist, heimlich durch einen Nichtarzt vornehmen zu lassen, und daß dadurch die Gefahr lebensgefährlicher Erkrankungen der Frauen nach derartigen Eingriffen gesteigert wird. Völlig wird sich die Gefahr heimlicher Unfruchtbarmachung und Kindesabtreibung durch Unbefugte nie vermeiden lassen. Die Bereitwilligkeit von Laien, solche Eingriffe vorzunehmen, wird aber wohl durch die im § 1 festgelegte ausschließliche Befugnis des Arztes wesentlich abgeschwächt werden.

Notwendigkeit derartiger gesetzlicher Bestimmungen hingewiesen. Vielleicht hat auch der viel genannte Prozeß Henkel den Stein ins Rollen gebracht, wenn dieser auch jetzt mit Freisprechung des Angeklagten in zweiter Instanz geendet hat. Zwei mehr oder weniger gleiche Materien soll man aber aus praktischen Gründen auch gesetzgeberisch in einem Gesetze und nicht getrennt behandeln. Da das Gesetz gegen die Verhinderung der Geburten vorläufig erst im Ausschuß beraten und noch nicht zur zweiten Lesung gelangt ist, wird dieser hoffentlich einen solchen Beschluß fassen, zumal das Zusammenfassen beider Gesetzentwürfe sich ohne große Schwierigkeiten bewirken läßt.

Vom volkswirtschaftlichen und moralischen sowie vom sozialhygienischen Standpunkte aus wird man sich mit dem beabsichtigten Zweck und Ziel des Gesetzentwurfs im allgemeinen einverstanden erklären können. Er stellt im § 1 den Grundsatz auf, daß eine Beseitigung der Zeugungs- und Gebärfähigkeit sowie eine Tötung der Frucht nur bei schwerer Leibes- und Lebensgefahr der behandelten Person und nur von Aerzten vorgenommen werden darf. Es wird hier den Aerzten nicht nur nur ein gewisses Berufsrecht eingeräumt, das sie übrigens nach der geltenden Rechtsprechung schon jetzt in demselben Maße hatten, sondern vor allem auch ein Vorzugsrecht gegenüber den Nichtärzten, denen die Vornahme eines solchen Eingriffes bisher nur insoweit verboten war, als dieser nach dem Strafgesetzbuch durch die Bestimmungen über Fruchtabtreibung (§§ 218 und 220) und Körperverletzung (§§ 223—232) mit Strafe bedroht war. Ob es allerdings notwendig ist, die Beseitigung der Zeugungsfähigkeit beim Manne unter Strafe zu stellen, muß bei ihrer außerordentlichen Seltenheit bezweifelt werden; denn es gehört doch schon eine ganz besondere sittliche Verkommenheit dazu, ehe sich ein Mann zum Vornehmenlassen eines derartigen Eingriffes trotz seiner angeblichen Schmerzlosigkeit und Ungefährlichkeit (Durchschneiden der Vas deferens) entschließt, so daß eine Zunahme der künstlichen männlichen Sterilisierung kaum zu befürchten steht. Anders liegen die Verhältnisse selbstverständlich beim weiblichen Geschlecht; hier kann man es nur mit Freuden begrüßen, wenn im Gesetzentwurf soziale, rassenhygienische, wirtschaftliche und sonstige Gesichtspunkte nicht als erlaubte Gründe für die Vornahme von Sterilisierungen und Schwangerschaftsunterbrechungen angesehen werden. Für den Arzt gilt also künftighin nur eine Indikation: „Abwendung einer schweren, anders nicht zu beseitigenden Gefahr für Leib oder Leben"; diese Gefahr braucht allerdings nicht „gegenwärtig" zu sein, wie es in der Notstandsbestimmung des Str. G. B. (§ 54) heißt, sondern sie kann auch eine in absehbarer Zeit der Gesundheitszustand bedrohende sein; der Schwerpunkt ist vor allem darauf zu legen, daß sie „schwer" sein muß und

anders nicht zu beseitigen ist. In der Begründung heißt es deshalb mit Recht: „Ein augenblicklich nur leichter Krankheitszustand, z. B. ein Lungenspitzenkatarrh, dessen bedrohlich gesteigerter Verlauf während der Schwangerschaft noch nicht durch ärztliche Beleuchtung erwiesen ist, soll nicht zu einer Straffreiheit des Arztes führen."

§ 1 spricht jedoch nur von der Tötung der Frucht einer Schwangeren; es scheidet also nach der Begründung die Einleitung der frühzeitigen Geburt eines lebensfähigen Kindes ebenso aus wie die Beseitigung einer abgestorbenen oder schon im Absterben begriffenen Frucht aus dem Mutterleibe (Ausräumung einer bereits im Gange befindlichen Fehlgeburt). Dadurch wird aber den Beteiligten Tür und Tor geöffnet, um sich einer Bestrafung durch die Ausrede zu entziehen, daß es sich in dem betreffenden Falle nur um die Beseitigung einer bereits abgestorbenen Frucht gehandelt habe. Soll daher das Uebel wirklich mit Erfolg bekämpft und mit der Wurzel ausgerottet werden, dann muß es im § 1 „Beseitigung" der Frucht „einer Schwangeren" statt „Tötung" usw. heißen: Eine solche Abänderung des Gesetzentwurfes hat außerdem den großen Vorzug, daß künftighin auch die Ausräumung abgestorbener Früchte nur den Aerzten gestattet sein würde und daß man durch die im § 1 des Entwurfes angeführte Anzeigepflicht genauere Kenntnis über die Häufigkeit der Schwangerschaftsunterbrechungen, ihre Gründe usw. als sonst erhalten würde. Dem Arzte würde allerdings durch die Verantwortungspflicht eine gewisse Mehrarbeit erwachsen, die aber zu gering ist, um gegenüber den ebengenannten Vorteilen ins Gewicht zu fallen. Schwieriger durchführbar würde diese Bestimmung nur sein, wenn ein derartiger Eingriff, wie dies von ärztlicher Seite mehrfach vorgeschlagen und auch von den gesetzgebenden Körperschaften verlangt ist, nur auf Grund einer Beratung mehrerer Aerzte zulässig sein würde; denn gerade bei der Ausräumung abgestorbener Früchte ist sehr häufig die Gefahr für Leben und Gesundheit der betreffenden Person eine so dringende, daß ein längeres Zuwarten zu schlimmen Folgen führen könnte und deshalb die Zuziehung eines zweiten Arztes nicht möglich ist. Der Gesetzentwurf hat aber mit Recht dem Vorschlage des Reichsgesundheitsrats entsprechend die Zuziehung eines zweiten Arztes nicht gesetzlich festgelegt, sondern in der Begründung nur empfohlen, eine solche dort, wo es ausführbar ist,

„dadurch zur allgemeinen Regel werden zu lassen, daß die Aerzte auf dem Verwaltungsweg oder durch Maßnahmen ihrer Standesvertretungen bestimmt werden, nicht eher zur Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung zu schreiten, als bis sie mindestens mit einem zweiten Arzte die Krankheitslage und den beabsichtigten Eingriff beraten haben".

Die im § 2 vorgesehene Anzeigepflicht ist in der Begründung so vorzüglich und überzeugend begründet, daß sie

kaum auf Widerspruch stoßen dürfte, selbst wenn sie unserem, mit den Beschlüssen des Reichsgesundheitsrates übereinstimmenden Vorschlage gemäß auch auf alle Fehlgeburten ausgedehnt wird; ebenso berechtigt sind die Forderungen, daß die Anzeige nicht nur Vor- und Zunamen, Wohnort und Wohnung der behandelten Person, sondern auch Tag und Grund des Eingriffs oder Verfahrens sowie eine Angabe über Grund und Verlauf der Krankheit enthalten soll, die zu dem Eingriff Veranlassung gegeben hat, um daraus ersehen zu können, ob wirklich die Krankheit einen derartigen Grad erreicht hatte, daß der Eingriff geboten war. Die Anzeige soll eben nicht nur statistischen Zwecken dienen, sondern sie soll auch eine Nachprüfung der Berechtigung solcher Eingriffe ermöglichen, die in erster Linie dem beamteten Arzt obliegen wird, an den deshalb die Anzeige zu erstatten ist. Auf diese Weise wird auch eine vertrauliche und vorsichtige Behandlung der Anzeige viel besser und sicherer gewahrt, als wenn sie an die Polizeibehörde zu erfolgen hätte. Durch die den Aerzten auferlegte Anzeigepflicht wird selbstverständlich ebenso wie bei den Seuchengesetzen die ärztliche Schweigepflicht gemäß § 300 Str.G.B. aufgehoben; „das allgemeine Staatswohl muß eben hier der Rücksichtnahme auf die Empfindungen der behandelten Person vorangehen". (Begründung.)

Bei den Strafbestimmungen ist eine solche für die unbefugte vorsätzliche Tötung der Frucht nicht getroffen, da in diesem Falle die §§ 218—220 des R.Str.G. Anwendung finden. Die hier vorgesehenen Strafen (Zuchthaus bis zu 5 Jahren, bei mildernden Umständen Gefängnis nicht unter 6 Monaten) sind aber wesentlich höher als die Strafen für die Unfruchtbarmachung eines anderen (Zuchthaus bis zu drei Jahren, bezw. Gefängnisstrafe nicht unter einem Monat). Immerhin dürfte diese Strafe zur Ahndung der sich als gemeingefährlichen Verbrechen charakterisierenden Handlung ausreichen. Außerordentlich niedrig ist dagegen die Strafe für denjenigen bemessen, der sich vorsätzlich durch einen anderen seine Zeugungs- oder Gebährfähigkeit beseitigen läßt; er soll zwar mit Gefängnis bestraft werden; es ist aber keine Mindestgrenze angegeben, so daß die Bestrafung vorkommenden Falls sehr gering ausfallen kann. Diesem Mangel sollte vom Reichstag abgeholfen werden.

Daß die Nichterfüllung der Anzeigepflicht in erster Linie mit einer Geldstrafe bedroht wird, erscheint ausreichend, zumal für diese eine weit höhere Grenze (bis 3000 M.) vorgesehen ist, als z. B. bei Unterlassung der Anzeige von übertragbaren Krankheiten (bis zu 150 M.). Es empfiehlt sich aber auch hier die Festsetzung einer Mindeststrafe (etwa 100 M.), wie dies sonst üblich ist.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Das Dienstverfahren gegen Prof. Henkel-Jena. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Puppe-Königsberg. Medizinische Klinik; 1917, Nr. 46.

Unberechtigte Indikation zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Von Prof. Dr. G. Winter-Königsberg. Medizin. Klinik; 1917, Nr. 49.

Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft (mit Einschluß der Hysterie und Neurasthenie) bei Psychosen. Von Prof. E. Meyer-Königsberg. Med. Klinik; 1918, Nr. 7 und 8.

Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Erkrankungen des Nervensystems (Epilepsie, Chorea, Polyneuritis). Von Prof. Dr. E. Sachs-Königsberg. Medizinische Klinik; 1917, Nr. 42—44.

Der künstliche Abort bei Neurosen und Psychosen. Von Dr. Toby Cohn-Berlin. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 50.

Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Blutkrankheiten (Leukämie und perniziöse Anämie). Von Prof. Dr. E. Sachs-Königsberg. Med. Klinik; 1918, Nr. 11 und 12.

In dem erstgenannten Artikel bespricht Puppe das Tatsachenmaterial, das den aus der Tagespresse bekannten Verhandlungen über den Prozeß des Prof. Dr. Henkel in Jena vor der Dienststrafkammer in Weimar zugrunde gelegt war. Unter den dort aufgeworfenen Fragen hat für die gesamte Aerzteschaft wohl die nach der ärztlichen Berechtigung der Schwangerschaftsunterbrechung das größte Interesse. Das beweist schon die Besprechung dieses Gegenstandes in vier Sitzungen der Berliner medizinischen Gesellschaft in jüngster Zeit.

Auch die Vertreter der Frauenklinik, der psychiatrischen und Nervenklinik der Königsberger Universität, die Professoren Dr. Winter, Dr. Meyer und Dr. Sachs, nehmen in den drei weiteren oben angeführten Aufsätzen zu dieser Frage Stellung, die mit den von der Wissenschaftlichen Deputation für die Schwangerschaftsunterbrechung aufgestellten Leitsätzen im wesentlichen übereinstimmt. So hält auch Winter den Arzt zu dem fraglichen Eingriff nur dann für berechtigt, wenn die Schwangerschaft eine Gefahr für das Leben oder eine dauernde schwere und nicht wieder gut zu machende Gesundheitsschädigung für die Mutter mit sich bringt. Damit kann er in Beschwerden und Gesundheitsstörungen bei Hernien, Varizen, in Magenaffektionen, Appendicitis und Bauchtumoren oder in allgemeinen Schwächezuständen keine Indikation zur Einleitung des künstlichen Aborts sehen. Selbst die gefährlichsten Hauterkrankungen Schwangerer, wie Impetigo herpetiformis, rasch sich verschlimmernde Lupusformen, ferner Knochentuberkulose und Arthritis deformans oder Hindernisse der Knochen und Weichteile geben ihm keinen Grund zur Schwangerschaftsunterbrechung. Er lehnt jede soziale und Notzuchtsindikation ab; auch von den eugenetischen Indikationen will er jetzt auch den Fall nicht zulassen, wenn bei schwersten Formen der Psychosen und Neurosen oder chronischem Alkoholismus beider Eltern mit größter Wahrscheinlichkeit eine für die Familie oder den Staat unbrauchbare Frucht zu erwarten steht.

Auch dem Psychiater Prof. Dr. Meyer gibt die Eugenie keinen Anlaß zur Schwangerschaftsunterbrechung; ebensowenig können ihn psychische Alterationen mit hysterischem und neurasthenischem Charakter bestimmen, sich mit einem derartigen Eingriff einverstanden zu erklären. Für die eigentlichen Psychosen gilt ihm als notwendige Voraussetzung für den künstlichen Abort, daß „das Fortbestehen der Schwangerschaft“ die dringende Gefahr einer dauernden ernsten psychischen Störung mit sich bringen würde, die auf keine andere Weise zu beseitigen wäre, und von der mit Bestimmtheit zu erwarten ist, daß sie durch die Unterbrechung der Schwangerschaft geheilt, bezw. für die Dauer wesentlich gebessert wird. Damit kommt für Meyer, wie für die meisten Autoren bei den Psychosen, besonders auch bei der in der Schwangerschaft so relativ häufig vorkommenden Dementia praecox der künstliche Abort nur außerordentlich selten in Frage, am ersten noch bei schweren Fällen von psychogenen Depressionen, den eigentlichen Schwangerschaftsdepressionen.

Sachs präzisiert dann für die Epilepsie die Winterschen Grundsätze dahin, daß nur Häufung schwerster Anfälle mit Gefahr geistiger Erkrankung, schon vorhandene epileptische Geistesstörung und Status epilepticus als Indikationen für künstlichen Abort gelten dürfen. Bei Chorea würden nach ihm nur alle akut einsetzenden und von den langsam verlaufenden nur die mit das Leben gefährdenden Muskelzuckungen sowie alle die Fälle eine Indikation abgeben, bei denen eine neue Gravidität eine Verschlimmerung früherer Chorea zur Folge hat, oder die mit Herz-, Nieren- und Lungenleiden kompliziert sind. Bei Polyneuritis darf nur das Ergriffensein unwillkürlicher Muskeln, die seltene Landrysche Paralyse und die Gefahr der Erblindung zur Schwangerschaftsunterbrechung führen.

Auch Cohn kommt in seinem schon vor den Weimarschen Vorgängen geschriebenen Artikel der Hauptsache nach auf die im vorstehenden geschilderten Richtlinien und hebt von den Psychosen Melancholie — hier müßte es sich nach Meyer nur um Depressionen mit dem Schwangerschaftskomplex bei psychopathischen Frauen handeln — und Katatonie hervor, bei deren Bestehen eine Unterbrechung der Schwangerschaft als ein zur Verhütung weiterer Gefahren taugliches Mittel wenigstens in Erwägung zu ziehen wäre.

In jüngster Zeit hat Sachs noch die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Blutkrankheiten (Leukämie und perniziöse Anämie) erörtert. Nach eingehender Berücksichtigung der vorhandenen Literatur gelangt er zu der Feststellung, daß bei diesen bei Schwangeren immerhin seltenen Blutkrankheiten die Prognose außerordentlich schlecht ist, wenn sie erst während der Schwangerschaft ausbrechen. Er rät deshalb in solchen Fällen sowohl bei der Leukämie, wie auch bei der perniziösen Anämie den Abort sofort einzuleiten, sobald die Blutuntersuchung die Diagnose gesichert hat.

Dr. Kühn-Wernigerode.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Vortrag von Prof. Dr. Kraeplin. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1917, Nr. 18.

Ein einziges Jahrhundert hat genügt, bedeutende Umwälzungen in der Behandlung und Erkennung der Geisteskrankheiten herbeizuführen. Die Hauptübelstände in der früheren Behandlung, wenn man von Behandlung sprechen kann, lagen darin, daß man einmal jede Geisteskrankheit für unheilbar hielt, und zum anderen, daß man sie als einen Ausfluß persönlicher Tollheit und Niedertracht ansah.

Der hauptsächlichste Fortschritt bestand in der Errichtung von Irrenanstalten; 1814 wurde die erste (Sonnenstein) gebaut. Die große Schwierigkeit, die feineren Gehirnveränderungen aufzuklären, war ein wesentliches Hindernis für die wissenschaftliche Erkenntnis der Krankheiten. Allmählich nur gelang es, die Ursache mancher Geisteskrankheit aufzudecken; gerade das Studium der Vorbeugung des Irrsinns bietet aber günstige Ausblicke. Hier sind es besonders 3 Schäden, die bekämpft werden müssen: die erbliche Entartung, der Alkoholmißbrauch und die Syphilis. Dr. Hoffmann-Berlin.

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Pocken.

Entwicklungsgang der Pockenepitheliose auf der geimpften Kaninchenhornhaut. Von Dr. G. Paul-Wien. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 45.

Die Pockenepitheliose auf der geimpften Hornhaut des Kaninchenauges besteht in einem eigenartigen Wucherungs- und Entartungsprozeß der infizierten Epithelzellen. Er wird durch den toxischen Reiz des eingedrungenen Pockenvirus hervorgerufen und stellt eine spezifische Reaktion der Epithelzellen dar, die deutlich den Charakter eines Abwehr- oder Ausgleichsvorgangs trägt. Es lassen sich bei dieser infektiösen Herderkrankung des Hornhautepithels fünf Entwicklungsstufen unterscheiden, die fließend ineinander übergehen: Zellschwellung, Austritt von Kernsubstanzen, Zellwucherung, regressive Metamorphose und pathologische Regeneration.

Gerade diese Vielgestaltigkeit der pathologischen Zellveränderungen ist für die Pockenepitheliose streng pathognomonisch, also in **diagnostischer** Beziehung von entscheidender Wichtigkeit. Die Pockenerreger sind als streng obligate Epithelschmarotzer zu betrachten, die das Bindegewebe nicht angreifen, aber in den Epithelzellen zerstörend wirken.

Dr. Roepke-Melsungen.

Zur Komplementbindung bei Variola. Von Dr. O. Hallenberger-Kiel. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 35.

Die Komplementbindungsreaktion ist mangels gut und gleichmäßig arbeitender Pockenantigene für die Pockendiagnose nicht zu gebrauchen.

Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber Pockenerkrankung mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose. Von Dr. Ulrich Friedemann. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1917, Heft 17.

Die von russischen Ansiedlern eingeschleppten Pockenerkrankungen verbreiteten sich unter der einheimischen deutschen Zivilbevölkerung meist auf direktem, seltener indirektem Wege (Zwischen- bezw. Virusträger) in einem so geringen Umfange, daß dieser mit der hohen Infektiosität und der reichlich gebotenen Infektionsmöglichkeit in keinem Verhältnis steht. Der Grund ist in dem durch die Impfgesetze geschaffenen weitgehenden Impfschutz der Bevölkerung zu suchen. Eine weitere Folge war die schon von Gins beobachtete und auch hier wieder festgestellte Tatsache, daß jüngere mehr geschützte Lebensalter weniger und fast keine schwere Fälle aufwiesen, während diese in höherem Alter, d. h. mit Abschwächung des Impfschutzes, und besonders beim Fehlen jeder Impfung erheblich zunahmen. Während der Inkubation ausgeführt ist die Impfung erfolglos; der Impfschutz tritt erst am 7. Tage nach der Impfung ein. Die Differentialdiagnose hat im Eruptionsstadium namentlich Masern, auf der Höhe des Exanthems Varizellen und besonders Variolois, ferner sekundäre pustulöse Syphilis und Akne (oft ähnlich abgekürzt verlaufenden, aber infektiösen Varioloisformen) zu berücksichtigen. Dazu wird jetzt auch der Tierversuch herangezogen; wird die Kaninchenkornea mit dem verdächtigen Material geimpft, so finden sich, wenn Pocken vorliegen, nach 48 Stunden auf derselben kleine weiße Knötchen, in denen sich mikroskopisch zwischen den Epithelzellen die bekannten Guarnierschen Körperchen nachweisen lassen. Die Probe ist anscheinend aber nur bei positivem Ausfall beweisend.

Dr. Rehberg-Tilsit

Experimentelle Untersuchungen über die Uebertragung der Pocken. Von Prof. Dr. H. Friedemann und Dr. H. A. Gins-Berlin. Aus dem Institut für Infekionskrankheiten „Robert Koch". Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 37.

Als Austrittspforte bei der Variola ist die Schleimhaut- und Hautpustel anzusehen, als Eintrittspforte die Schleimhaut der oberen Luftwege. Von der Schleimhaut wird das Pockenvirus direkt auf dem Wege der Tröpfcheninfektion auf die gesunde Schleimhaut der oberen Luftwege übertragen. Dieser Weg kommt in den ersten Stadien der Erkrankung ausschließlich in Betracht und verliert seine Bedeutung mit der Abheilung der Schleimhauteffloreszenzen, die nicht selten erst in der Rekonvaleszenz erfolgt.

Aus der Hautpustel gelangt das Virus durch Platzen der Epidermisschicht nach außen. Seine Weiterverbreitung erfolgt in erster Linie durch Einatmung des eingetrockneten und verstäubten Inhaltes der Pusteln oder indirekt durch den an Gegenständen angetrockneten Bläscheninhalt. Das Virus könnte auch durch die mit dem Pustelinhalt infizierten Finger in den Mund gelangen und auf diesem Wege die Schleimhäute des Mundes oder Rachens infizieren. Eine direkte Uebertragung von der Hautpustel auf die Haut als Regel ist ausgeschlossen.

Es ist mit der Möglichkeit zu rechnen, daß die Pocken durch genesene Virusträger weiter verschleppt werden können. Da sich das Virus aber nur dort zu halten scheint, wo Ulzerationen auf der Nasenschleimhaut zurück-

bleiben, sollte eine genaue Untersuchung der Nasenschleimhaut bei allen zur Entlassung kommenden Pockenkranken durchgeführt werden. Jedenfalls kann schon heute die bisher ausschließlich geübte Inspektion auf Hautschuppen und Borken als ungenügend bezeichnet werden.

Ob auch gesunde Virusträger bei der Uebertragung der Pocken eine Rolle spielen, ist noch unentschieden. Wahrscheinlich ist aber die Uebertragung durch das an Kleidung oder Gegenständen haftende Virus.

Dr. Roepke-Melsungen.

Zur Diagnose der Pocken und zur Bewertung ihres biologischen Nachweises. Von E. Schreiber-Magdeburg. Deutsche med. Wochenschrift; 1917; Nr. 16.

Unter der Wirkung der Schutzimpfung bekommen wir jezt sehr viel häufiger Varioloisformen zu sehen als Variola vera; die klinische Erscheinung der Variolois weicht aber von dem charakteristischen Bilde der echten Pocken ganz erheblich ab. Das Bild der Variolois bietet sogar in seiner Entwicklung und seinem Verlauf so wenig Typisches, daß eine diagnostische Deutung insbesondere den Varizellen gegenüber außerordentlich schwierig, ja in einzelnen Fällen geradezu unmöglich sein kann. Bei der Bedeutung, die die Varioloisformen für die Weiterverbreitung der Pocken haben, erfordert ihre Erkennung sorgfältige Beobachtung. Der negative Ausfall des Tierversuchs spricht in keiner Weise gegen Variolois. Bei echten Pocken können bereits die Knötchen positive Impfresultate geben. In zweifelhaften Fällen wird man alle prophylaktischen Maßnahmen wie bei echten Pocken treffen.

Dr. Roepke-Melsungen.

Weitere Beobachtungen an Pockenfällen. Von Dr. K. Vorpahl. Aus der inneren Abteilung des allgemeinen Krankenhauses zu Lübeck, Professor Dr. Deycke. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 24.

Die Behandlung der Pockenkranken mit Zinkoxyd (in feingepulvertem Zustand unvermischt auf die ganze Hautoberfläche gebracht) erwies sich durchweg gelegentlich einer Pockenepidemie von 50 Pockenfällen, die im Lübecker Krankenhaus zur Aufnahme kamen, als recht wirkungsvoll: Das Suppurationsstadium wurde stets vermieden, zu entstellender Narbenbildung kam es nicht, das Mittel wurde von den Kranken angenehm empfunden und übte keinerlei toxische Wirkung aus. Hinsichtlich der Uebertragungsweise ist besonders an die indirekte Uebertragung zu denken, wobei die Bekleidung und namentlich das Schuhzeug eine wichtige Rolle spielen.

Prophylaktische Impfungen sollen in weitgehendem Umfang dann vorgenommen werden, wenn in einer Ortschaft Pocken auftreten.

Septische Veränderungen ließen sich an der Pockenleiche nicht feststellen.

Dr. Solbrig-Breslau.

Sofortige Wiederholung der Impfung bei ihrer Erfolglosigkeit. Von J. Schwalbe. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 16.

Nach Groth sind in Bayern im Jahre 1914 bei der Erstimpfung 1478 = 2,25 % (und zwar öffentlich 0,76 %, privat 3,69 %!), bei der Wiederimpfung 2490 = 5,20 % (und zwar öffentlich 1,31 %, privat 9,09!) Fehlimpfungen vorgekommen. In Preußen sind im Jahre 1915 von 770017 Erstimpfungen 24435 = 3,17 %, von 770316 Wiederimpfungen 48042 = 6,24 % erfolglos verlaufen. Diese Zahlen beweisen, daß bei der jetzigen Impfpraxis ein nicht unerheblicher Teil der Bevölkerung bei einer Pockenepidemie den nötigen Impfschutz entbehrt, und machen für das Einzelindividuum die Gefahr einer Infektion bei bestehender Gelegenheit recht bedenklich. Sch. empfiehlt daher in Uebereinstimmung mit einer Anordnung des Berliner Polizeipräsidiums, die den Aerzten in geeigneten Fällen eine nochmalige Impfung nahelegt, durch eine Bundesratsverordnung ganz allgemein die erneute Impfung unmittelbar nach der Feststellung ihrer Erfolglosigkeit, also bei der Nachschau, vorzuschreiben. Eine solche Vorschrift würde vollständig im Rahmen des Reichsimpfgesetzes liegen.

Dr. Roepke-Melsungen.

---

2. Fleckfieber.

Weitere Beiträge zur Komplementbindungsreaktion beim Fleckfieber. Von Dr. P. Papamarku. Aus der serologischen Abteilung des Instituts für Infektionskrankheiten „Robert Koch". Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 27.

Aus Kulturen des Proteus- (X 19) Keimes von Weil und Felix wurde ein anscheinend spezifisch wirksamer Extrakt hergestellt, der jedoch nicht mit allen Fleckfieberkrankenseris eine positive Reaktion ergab; in dieser Beziehung erwies sich die Weil-Felixsche Agglutinationsreaktion der Komplementbindungsreaktion überlegen.

Die Extrakte aus Läusen sind für die Komplementbindungsreaktion von zweifelhaftem Wert. Dr. Solbrig-Breslau.

Ueber Immunitätsreaktionen mit dem Bacillus Weil-Felix und über seine ätiologische Bedeutung für das Fleckfieber. Von Prof. E. Friedberger-Greifswald. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 44.

Die von Nicolle aufgestellte Behauptung, daß das Fleckfiebervirus filtrierbar sei, ist falsch. Ebenso ist unbewiesen, daß das Fleckfieber eine Protozoënerkrankung ist, die durch ein in der Laus einen Entwicklungsgang durchmachendes Virus übertragen wird, und daß die Serumreaktionen mit dem Bacillus Weil-Felix nur sekundärer Natur sind. Vielmehr sprechen Infektionsverlauf, Art der Fleckfieberimmunität, ferner die Tatsache, daß auch mit anderen Bakterien das klinische Bild des Fleckfiebers hervorgerufen werden kann, und Friedbergers Befunde dafür, daß das Fleckfieber eine bakterielle Infektion ist. Als dominanter Erreger kommt der nach F.'s Versuchen auch tierpathogene Bacillus von Weil und Felix in Frage. F. hält damit die Frage der Fleckfieberätiologie für gelöst und schlägt vor, diesen Bacillus wegen seiner Beziehungen zum Fleckfieber als Bacillus typhi exanthematici zu bezeichnen. Dr. Roepke-Melsungen.

Zur Aetiologie der Weil-Felixschen Reaktion. Von Dr. G. Wolff, im Felde. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 48.

In 10 % der Fleckfieberfälle konnten Proteusbazillen im strömenden Blut nachgewiesen werden. Der Proteus scheint zum Fleckfiebervirus in einem ähnlichen Verhältnis zu stehen wie der Bacillus suipestifer zum Virus der Schweinepest.

Die Weil-Felixsche Reaktion ist demnach als der Ausdruck einer gleichzeitig mit dem Fleckfieber einhergehenden Proteusmischinfektion aufzufassen. Sie wird wie die Widalsche Reaktion beim Typhus meist erst zu einer Zeit positiv, zu der die Bazillen im Blute schwerer nachweisbar sind. Die Reaktion bleibt noch lange nach dem Ueberstehen der Krankheit schwach positiv (1 : 50 bis 1 : 100). Dieser Titer besagt, daß der Patient entweder im Beginn einer Fleckfiebererkrankung steht oder eine solche früher einmal überstanden hat. Dr. Roepke-Melsungen.

Die Stauungsreaktion als differential-diagnostisches Hilfssymptom beim Fleckfieber. Von Dr. Stefan Sterling-Warschau.

Fleckfieberstudien. Von Dr. Viktor Kolbert und Dr. Albert Finger. Mit 6 Kurven im Text.

Klinisches und Epidemiologisches über Fleckfieber. Von Dr. W. Siebert, Marineoberstabsarzt a. D. Beilage zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung; VI. Bd., Heft 1 u. 2. Würzburg 1917. Kurt Kabitzsch Verlag. Gr. 8°, Preis: 12 M.

Sterling kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schluß: Die Stauungsreaktion ist ein wichtiges differential-diagnostisches Hilfsmittel für die Frühdiagnose des Fleckfiebers; sie gibt positive Resultate unabhängig vom Alter des Kranken und ist besonders wertvoll in solchen Fällen, in denen von den Gliedern einer Familie die einen an Unterleibstyphus, die anderen an Fleckfieber erkrankt sind.

Kolbert und Finger haben im Winter und Frühling 1916 bei einer Fleckfieberepidemie in Wolhynien etwa 160 Erkrankungsfälle beobachtet. Auf

Grund dieser Beobachtung kommen sie zu folgendem Ergebnis: Am Tage vor dem Fieberanstieg ist gelegentlich eine auffällige Bläße der Kranken zu bemerken; am Auge wird häufig etwas träge Lichtreaktion der Pupillen, mitunter auch anfallsweise reflektorische Pupillenstarre, venöse Stase im Augenhintergrund und wechselnde Anisokorim beobachtet. Von großer praktischer Bedeutung ist der Nachweis der vermehrten Lädierbarkeit der Hautgefäße. Der Agglutinationstiter des Serums gegen Typhus bleibt bei der Mehrzahl der Kranken unverändert. Die Lumbalflüssigkeit steht unter erhöhtem Druck, die Lumbalpunktion wirkt für den Kranken wohltuend, allerdings nur vorübergehend. Der Pulsdruck ist während der Fieberperiode sehr herabgesetzt; seine Besserung ist für die Prognose ein günstiges Zeichen. Die Gerinnungsfähigkeit des Blutes ist herabgesetzt. Die wichtigsten Störungen des Nervensystems sind fibrilläre Zuckungen einzelner Muskelgruppen, tonische Krämpfe, meningeale Reizerscheinungen, vereinzelt Katalepsie und amentiaähnliche Zustände.

Nach Siebert kommen als diagnostische Hauptmerkmale des Fleckfiebers das hohe kontinuierliche Fieber, der Hautausschlag und die Zerebralerscheinungen in Betracht; daneben werden ziemlich unregelmäßig Conjunktivitis, katarrhalische Erscheinungen der oberen Luftwege und gelegentlich auch Speicheldrüsenentzündungen, Mittelohreiterungen, Psichondritis und Gangrän beobachtet. Charakteristisch ist das Verhalten des Pulses (weich, klein, beschleunigt); frühzeitige Milzanschwellung spricht ebenfalls für Fleckfieber. Die Dauer der Inkubation schwankt zwischen 8—21 Tagen; die Mortalität zwischen 3—30 %. Der noch nicht genau festgestellte Erreger ist jedenfalls an die Leukozyten des Blutes gebunden. Als Ursache ist wohl ausschließlich die Uebertragung durch Läusestiche anzusehen; deshalb sind die Bekämpfung der Läuseplage und die Entlausung die wichtigsten und wirksamsten Bekämpfungsmittel. Rpd.

---

3. Unterleibstyphus.

Zum experimentellen Studium der Bazillenträger. Von Privatdozent T. A. Venema-Groningen. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 34.

Es hat sich bei Versuchen, Kaninchen durch Einspritzen von Typhusaufschwemmungen in die Gallenblase zu Bazillenträgern zu machen, herausgestellt, daß der Typhusbacillus Konkrementbildung zu verursachen vermag. Es ist also die Möglichkeit der Steinbildung durch den Typhusbacillus vorhanden.

Verfasser versuchte dann ferner, Tiere dadurch von ihren Bazillen, die ihnen in die Gallenblase gebracht wurden, zu befreien, daß die Tiere vorher mit steigenden Dosen Immunserums behandelt wurden. Diese Versuche sind noch nicht abgeschlossen, immerhin sind die ersten Ergebnisse vielversprechend. Es ist damit die Möglichkeit gegeben, durch sehr kräftige prophylaktische Immunisierung das Bazillenträgertum zu heilen oder wenigsten kürzer zu gestalten.

Dr. Solbrig-Breslau.

Typhusbazillenträger und Widalsche Reaktion. Von Prof. Dr. Hilgermann-Saarbrücken. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 49.

Die positive Widalsche Reaktion zeigt ein Stadium der Latenz an vergleichbar der Wa. R.; sie beweist bei sonst gesunden Personen, daß in ihrem Körper ein Bazillenherd vorhanden ist. Bazillenträger ohne positiven Widal gibt es nicht. Allerdings müssen bei Anstellung der Reaktion folgende Forderungen erfüllt werden: 1. Benutzung eines Gemisches verschiedener Stämme nach den von H. aufgestellten Grundsätzen; 2. Ansetzung der Reaktion bei Umgebungsuntersuchungen in stärkeren Konzentrationen (mit 1 : 25 beginnend); 3. achtstündige Beobachtungsdauer bei 37°, evtl. weitere 16 Stunden bei Zimmertemperatur; 4. Ansetzung in Blockschälchen nach Pröscher-Neißer und Beobachtung mit schwacher Vergrößerung.

Für die allgemeine praktische Seuchenbekämpfung kommen in Betracht: Umgebungsuntersuchungen zur Feststellung von Bazillenträgern infolge Ausbruchs von Typhuserkrankungen, bei Durchuntersuchungen ganzer Ortschaften und Anstalten zum Zwecke ihrer Sanierung genügt die Ausführung der Widalschen Reaktion nach vorstehenden Grundsätzen, um sofort Verdächtige und

Unverdächtige trennen zu können. Die ebenso kostspieligen und zeitraubenden und vielfach nicht zum Ziele führenden Stuhluntersuchungen können zunächst erspart werden und setzen erst mit dem Moment ein, in dem der Widal ein positives Ergebnis gehabt hat; sie sind dann aber um so sorgfältiger und umfassender auszuführen. Ein negativer Widal gilt als Beweis, daß Bakterienherde im Körper nicht vorhanden sind.

Die bisher übliche Bezeichnung „Bazillenträger" und „Dauerausscheider" bestehen in ihrem eigentlichen Sinne nicht mehr zurecht; denn Bazillenträger ist jeder, der einen Bazillenherd im Körper hat, ohne daß die Bakterien immer an die Außenwelt zu gelangen brauchen. Personen hingegen, bei denen dies der Fall ist, können bei den häufigen bazillenfreien Intervallen auch nicht direkt Dauerausscheider genannt werden. H. schlägt daher vor, beim Typhus und Paratyphus als „Bazillenträger" diejenigen zu bezeichnen, die bei positivem Widal einen verborgenen Bakterienherd im Körper haben, und als „Bazillenausscheider" solche, die die Krankheitskeime ausscheiden.

Dr. Roepke-Melsungen.

Die Erkrankungen an Unterleibstyphus in Stettin während des Zeitraums 1907—1916 in ihrer Beziehung zum rohen und filtrierten Oderwasser. Von Kreisarzt Dr. F. Kirstein. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung; VII. Bd., 8. H. Berlin 1917. Verlag von Richard Schoetz. Gr. 8°; Preis: 1,80 M.

Abhandlungen, die so fleißig gearbeitet und mit so anschaulichen Tafeln ausgestattet sind wie die vorliegende, wirken bestechend und sind daher um so gefährlicher, wenn sie unsere Einsicht in das Wesen des Typhus um Jahrzehnte zurückdrücken. Gegenüber Robert Koch, der bereits 1902 seine Stellung zu den Wasserinfektionen geändert und gelehrt hatte, daß der gefährlichste Verbreiter des Typhusbacillus der infizierte Mensch ist, und daß es vor allem darauf ankommt, sowohl den Typhuskranken, als auch den gesunden Keimträger zu ermitteln, hätte Verfasser gesichertere Tatsachen anführen sollen, um die von ihm angenommene starke Verseuchung der Oder durch Typhusbazillen glaubhaft zu machen, mindestens hätte er in den 10 Jahren seiner Tätigkeit am Medizinaluntersuchungsamt einen einzigen Typhusbacillus aus der so arg verseuchten Oder zur Strecke bringen müssen. Wenn die Anzahl der Typhuserkrankungen in Stettin von 14,7 auf 10000 Einwohner im Jahre 1898 allmählich auf 1,9 im Jahre 1916 gesunken ist, obwohl, wie Verfasser angibt, die zentrale Wasserversorgung sich nicht wesentlich geändert hat, und der Gebrauch von rohem Oderwasser nach wie vor im Schwange ist, so sollte doch eine einfache, rechnerische Erwägung Zweifel daran rege machen, ob wirklich 25% oder gar mehr 30% der Typhuserkrankungen auf die Aufnahme rohen Oderwassers zurückzuführen ist und ob außerdem noch alljährlich ein großes Kontingent der Typhuserkrankungen dem Genuß von Leitungswasser (filtriertes Oderwasser) zuzuschreiben ist. — Die Septemberzacke der Typhuserkrankungen ist keine besondere Eigentümlichkeit Stettins, vielmehr hat bereits Hirsch in seiner historisch-geographischen Pathologie auf sie aufmerksam gemacht, im Preußischen Heere wurde 1894 über sie verhandelt, Nesemann hat sie kürzlich für Berlin nachgewiesen und seit dem Inkrafttreten des Gesetzes über die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten ist sie auch für ganz Preußen festzustellen. Mit der überall wiederkehrenden Septemberzacke können besondere rein örtliche Verhältnisse nicht gut in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden. — Es ist für eine Ermittelung nicht von Nutzen, wenn an sie mit vorgefaßter Meinung herangegangen wird; die Ermittelung wird vorzeitig abgebrochen, weil vermeintlich die Quelle der Typhuserkrankung, der verseuchte Fluß, zweifellos gegeben ist, und ihre Gründlichkeit leidet. Dieser lähmende Einfluß der vorgefaßten Meinung scheint sich auch in Stettin geltend gemacht zu haben; denn 15% Kontaktfällen sind ein äußerst bescheidenes Ergebnis der Ermittelungstätigkeit und statt der gefundenen 6 Bazillenträger sollte man in einer so typhusreichen, großen Stadt das Zehnfache und mehr erwarten, selbst wenn man anerkennt, daß sorgfältige Ermittelungen in einer Großstadt sehr mühsam und zeitraubend sind.

Dr. Wodtke-Saarbrücken.

---

4. Paratyphus.

Pathologisch-anatomische Veränderungen bei schwerem Paratyphus B-Fällen. Von Prof. W. Nowicki-Linz. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 52.

Bei klinisch schweren Paratyphus B-Fällen treten als anatomische Veränderungen in den Vordergrund: 1. Befallensein des ganzen Darmtraktus, besonders des Ileums und Dickdarmes; 2. mehr oder weniger hämorrhagischer Charakter der Entzündung, verbunden mit bedeutender Auflockerung der Schleimhaut; 3. unbedeutender, aber ständiger Anteil des lymphatischen Darmapparates (der solitären Follikel) und der Mesenterialdrüsen in ruhrähnlichen, ausgesprochener Anteil in typhusähnlichen Fällen; 4. Milztumor, der durchschnittlich die Größe wie beim Typhus nicht erreicht und weniger brüchig ist; 5. Auftreten der hämorrhagischen Diathese in besonders schweren Fällen; 6. Darminhalt bezw. Stühle bei Paratyhus B sind mikroskopisch (Eiterkörperchen, Erythrozyten, Epithelien) denen bei Ruhr ähnlicher als beim Typhus.

Dr. Roepke-Melsungen.

---

5. Ruhr.

Untersuchungen über Ruhr. Von Dr. Hamburger und stud. med. Bauch. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 32.

Das Ergebnis der Versuche war folgendes: Es gibt bei der Dysenterie (Shiga-Kruse) neben kulturell und serologisch völlig typischen Stämmen in nicht unerheblichem Maße schwer- oder inagglutinable Stämme. Die „Kochagglutination“ nach Porges (einstündiges Erhitzen der Bakterienaufschwemmung im Dampftopf) erweist sich als spezifische, schnelle und zuverlässige Methode, um fragliche Ruhrstämme serologisch eindeutig bestimmen zu können.

Dr. Solbrig-Breslau.

Ruhrfälle mit dem Nachweise des Erregers außerhalb des Darmtraktus. Von Prof. Dr. W. Nowicki-Linz. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 52.

Es werden 3 tödlich verlaufende Ruhrfälle mitgeteilt, bei denen das Krankheitsbild ein recht schweres war und die bakteriologische Untersuchung des Stuhles zum Teil negativ ausfiel. Die Sektion ergab hauptsächlich Veränderungen des Dickdarms; bakteriologisch wurden post mortem in allen 3 Fällen Dysenteriebazillen (verschiedener Typen) sowohl aus dem Darminhalt, als aus der Milz gewonnen. Nach den wenigen Angaben, die sich hierüber in der Literatur finden, zeigen die Fälle, in denen Ruhr-Bakterien auch außerhalb des Darms festgestellt wurden, einen schweren Krankheitsverlauf.

Dr. Solbrig-Breslau.

Ueber den Erreger der galizischen Ruhr. Von Oberarzt Dr. Hugo Popper-Wien. Aus dem k. und k. Epidemiespitale Nr. 18. Wiener klinische Wochenschrift; 1917, XXX, Nr. 45.

Durch alle Veröffentlichungen über die Ruhr zieht sich die Klage über die Schwierigkeit, den Erreger überhaupt nachzuweisen. Die Züchtung der bisher beschriebenen bakteriellen Erreger der Dysenterie gelang nur bei einem verhältnismäßig kleinen, nach Zeit, Ort und Untersucher wechselnden Teile. Auch bei Einhaltung aller Vorsichtsmaßregeln, bei Verarbeitung ganz frischen Materials gelang es dem Autor in Ostgalizien, wo die Ruhr eine beträchtliche Verbreitung gewonnen hatte, unter 100 vor kurzer Zeit eingelieferten Fällen nur bei zweien, den Erreger, Bacillus Shiga-Kruse, zu züchten.

Bei einem beträchtlichen Prozentsatz der bisher ätiologisch dunklen Fälle der galizischen Ruhr handelt es sich um Amoebendysenterie. Die mikroskopische Untersuchung einer Schleimflocke von einem Frühstadium läßt in diesen Ruhrfällen eine durchsichtige Grundsubstanz erkennen, in der eine wechselnde Zahl roter Blutkörperchen und zahlreiche verschieden geformte farblose Zellen eingeschlossen sind. Es sind dies vegetative Formen von Amoeben, neben denen sich in den Frühstadien spärlich, später immer häufiger Formen findet, die P. als Dauerformen oder Zysten ansieht. Die Amoebe der tropischen Ruhr unterscheidet sich von der vom Autor

als Entamoeba dysenteriae europaeae bezeichneten Form durch die bedeutendere Größe, durch die auch im Ruhezustande stets vorhandene Trennung in Ento- und Ektoplasma, durch das stärkere Lichtbrechungsvermögen des Protoplasmas und die lebhaftere amoeboide Beweglichkeit. Die von ihm beobachtete Form der Amoebenruhr ist auch klinisch von der tropischen verschieden; sie ist viel milder, zeigt häufig abortive und mild verlaufende Fälle, bei denen nach wenigen Tagen schleimiger oder blutig schleimiger Abgänge Spontanheilung eintritt. In den ungünstig verlaufenden Fällen erfolgt auf der Höhe der Erkrankung der Tod an Herzschwäche oder es treten an Stelle der schleimigen und eitrigen Absonderungen reichliche wässerige Durchfälle bei narbiger Atrophie des Dickdarms ein. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber Folgezustände der Ruhr. Von A. Schröder-Straßburg i. Els. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 37.

Bei Ruhr waren als Folgen der durch das Bazillengift bedingten Allgemeinintoxikation Achylie und Bradykardie zu beobachten. Dabei übt die Allgemeintoxikation nur nach und nach, häufig erst in der Rekonvaleszenz ihre Wirkung im Körper aus. Die Magensekretionsstörung scheint auf eine direkte Schädigung der Drüsen durch das im Blute kreisende Gift, die Bradykardie dagegen auf eine Vagusreizung zurückzuführen zu sein. Die Magenstörungen treten besonders bei Infektion mit dem Shiga-Kruse-Bacillus auf.

Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber die Ruhr und ihre Behandlung. Aus der Inf. Abt. des Rudolf-Virchow-Krankenhauses. Von Prof. Dr. Ulrich Friedemann. Zeitschrift für ärztl. Fortb.; 1917, G. 20.

Im Sommer 1917 nahm die Ausbreitung der Ruhrerkrankungen in Berlin, eingeschleppt wahrscheinlich durch von der Front heimkehrende Bazillenträger, einen epidemieartigen Charakter an; die Kriegsernährung hat bei ihrer Entstehung eine untergeordnete Rolle gespielt. Für die Diagnose war der Baz.-Nachweis allein nicht maßgebend; alle infektiösen Darmerkrankungen mit blutig-schleimiger Entleerung, in Epidemiezeiten auch viele infektiöse Darmkatarrhe ohne Blutbeimengung sind dazu zu rechnen. Die Agglutination ist nicht als feinkörnige Form, sondern als grobklümpige Zusammenballung spezifisch und beim größten Teil der Fälle im weiteren Krankheitsverlauf positiv. Shiga- und Y-Formen waren in gleicher Weise verbreitet und, auch letztere, oft von schwerem Verlauf, so daß die Epidemie 20% Todesfälle aufwies. Für die Behandlung ist ein Versuch mit Serum in hohen Dosen (mindestens je 50 ccm an 2 auf einander folgenden Tagen) besonders im Beginn der Erkrankung subkutan, bei toxischen Erscheinungen intravenös, anzuraten. Abführmittel sind vor Eintritt der Darmspasmen als Rizinusöl, Calomel (3 mal tgl. 0,2) Kurellas Brustpulver empfehlenswert. Wichtig ist die Diät; im Anfange völlige Enthaltsamkeit. Symptomatisch wirkten gegen die Schmerzen besonders günstig Calc. lact. (tgl. 5—7,5 g), gegen die Blutungen intravenöse Injektion hochprozentiger Kochsalzlösung (tgl. 10 ccm einer 10% Lösung) und gegen die dem hämorrhagischen Stadium sich anschließenden Diarrhoen Cocain (0,3:10, 3 mal tgl. 10 Tropfen 1/4 Stunde vor dem Essen) und bei Anazidität Salzsäure. Dr. Rehberg-Tilsit.

Zur Frage der akuten diarrhoeischen Darmerkrankungen in den Monaten Juli und August 1917. Aus der I. med. Abt. des Rud.-Virchow-Krankenhauses in Berlin. Von Geh. San.-Rat Prof. Dr. L. Kutter und Dr. O. Adler. Ibid.; 1917, G. 23.

Gleichzeitig mit der von Friedemann beschriebenen Ruhrepidemie kam es zu einer Häufung von diarrhoeischen Darmerkrankungen. Bei der Differentialdiagnose gegen Ruhr läßt der bakt. Befund häufig, selbst bei frisch dem Kranken entnommenem Material im Stich. Wertvoller ist die Agglutination, namentlich in der von Friedemann beschriebenen großklumpigen Form, die freilich meist erst in der 2.—3. Krankheitswoche auftritt und für Y und Flexner bei 1 : 100, für Shiga bei 1 : 50 als niedrigste Verdünnung spezifisch ist. Maßgebend für die Diagnose aber bleibt in Epidemiezeiten allein das klinische Krankheitsbild; als wertvoll erwies sich die Zählung der Leuko-

zyten. Leukopenie spricht für Typhus, Leukozytose (von über 12000 Leukozyten) anscheinend meist für Ruhr, die anderen Leukozytenzahlen sprechen für einfache Darmkatarrhe. Während für die Entstehung der Ruhr die Kriegsernährung und durch diese bedingte Diätfehler kaum in Betracht kommen, spielen sie als Ursache der Darmdyspepsien und akuten Darmkatarrhe fraglos eine wichtige Rolle; die gleiche Bedeutung kommt Sekretionsanomalien des Magens zu. Wichtig für die Bekämpfung der Seuche ist besonders auch die Desinfektion der Perionalspalte, da nach Beneke als Eintrittspforte des Ruhrerregers die Afteröffnung zweifellos eine Rolle spielt, und die völlige Vernichtung der Abgänge, die am besten auf Zellstoffbäusche entleert und dann verbrannt werden. Dr. Rehberg-Tilsit.

6. Diphtherie.

Die Gram-Festigkeit der Diphtherie- und der Pseudodiphtheriebazillen und ihre differentialdiagnostische Bedeutung. Von Dr. Münzberg-Breslau. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 34.

Nach Langer sollen die fraglichen Stäbchen, wenn sie bei der modifizierten Gramschen Färbung trotz 15 Minuten dauernder Alkoholentfärbung noch Gram-positiv bleiben, mit Eindeutigkeit zu der Gruppe der Pseudodiphtherie zu zählen sein, während es sich sicher um echte Diphtheriebazillen handeln soll, wenn sie in der Gegenfärbung erscheinen. Eine absolute Spezifität dieser Differenzierungsmethode kann nicht anerkannt werden. Sie wird in der Praxis als gelegentliches Unterstützungsmittel gute Dienste leisten, namentlich wo es sich um die Differenzierung von Reinkulturen handelt; hier wird eine Gram-Beständigkeit, die eine Entfärbung von länger als 15 Min. überdauert, Diphtherie mit Sicherheit ausschließen lassen. Dagegen ist der Wert der Langerschen Methode bei den alltäglichen diagnostischen Untersuchungen sehr beschränkt, da sie höchstens für 6–8 Stundenpräparate, falls hier die Diphtheriebazillen verhältnismäßig rein enthalten sind, einen Erfolg verspricht. Gerade dann sind aber nicht allzuoft Zweifel vorhanden. Dr. Roepke-Melsungen.

Fortschritte in der Berliner Diphtheriebekämpfung. Von Dr. E. Seligmann. Aus dem Medizinalamt der Stadt Berlin, Stadtmedizinalrat Geh. Reg.-Rat Dr. Weber, bakteriologische Abteilung, Prof. Dr. Sobernheim. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 23.

Die Diphtheriebekämpfung in Berlin ist jetzt auf eine breitere Basis gestellt; sie beschränkt sich nicht mehr auf die Schulkinder, sondern umgreift die ganze Bevölkerung. Ermöglicht wurde diese Verbreiterung durch die Einstellung von besonderen Diphtherie-Fürsorgeschwestern (jetzt 10 an Zahl). Ueber ihre Tätigkeit, die durch eine Art Dienstanweisung geregelt ist, werden nähere Mitteilungen gemacht. Innerhalb des Jahres 1916 wurden von den Schwestern annähernd 17000 Besuche gemacht; die Zahl der von den Schwestern bearbeiteten Diphtheriefälle betrug 8296, das sind 1000 weniger als sanitätspolizeilich gemeldet wurden. Ueber 42% der erforschten Todesfälle sind die Folgen arger Vernachlässigung. Die Letalität sank bereits im ersten Vierteljahr der Schwesterntätigkeit, um dann dauernd niedriger zu bleiben als vorher. Der Segen dieser Bekämpfungsart ist unverkennbar und wird gewiß weiter sich bemerkbar machen. Dr. Solbrig-Breslau.

7. Tuberkulose.

Zur Prophylaxe der Tuberkulose im Kriege. Von Privatdozent Dr. H. Kleinschmidt-Berlin. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 32.

Die Zunahme der Kindertuberkulose infolge des Krieges ist neben der einseitigen Kohlehydraternährung zurückzuführen auf eine vermehrte Infektionsgelegenheit mit humanen und bovinen Tuberkelbazillen. Für die humane Infektion ergibt sich eine vermehrte Gelegenheit durch die Entfernung vieler Kinder aus dem elterlichen Hausstand, durch die verschlechterten Wohnungsverhältnisse und die Rückkehr von im Heeresdienst an Tuberkulose Erkrankten in die Familie. Für die bovine Infektion ist die verminderte tierärztliche

Kontrolle der Viehbestände und das vielfache Fehlen sachkundiger Stallschweizer verantwortlich zu machen. Die Prophylaxe muß in der Aufklärung aller Lungentuberkulösen über die sehr leichte Uebertragbarkeit auf junge Kinder bestehen, ferner in der allgemeinen Warnung vor dem Genuß ungekochter Milch und in der Zurückhaltung im Felde schwer erkrankter Tuberkulöser in Anstalten. Dr. Roepke-Melsungen.

Ueber die Verbreitung der Tuberkulose im Kindesalter und deren Bekämpfung. Von Med.-Rat Dr. Franz Spät in Fürth. Münchener medizin. Wochenschrift; 1918, Seite 350.

Der verdiente und erfahrene Bezirksarzt der Stadt Fürth, Dr. Spät, bezweifelt — nicht mit Unrecht — den Erfolg der bisherigen Tuberkulose-Bekämpfung, führt die absteigende Linie der Tuberkulose auf Assanierung der Umwelt hauptsächlich zurück, denn der Abfall war schon vor der Eröffnung der offiziellen Bekämpfung vorhanden und tritt auch da ein, wo die offizielle Fürsorge nicht hinreicht (wie bei der Säuglingssterblichkeitsbekämpfung. D. Ref.). Spät verlegt den Hauptteil der Tuberkulose-Bekämpfung auf die Fürsorge der Jugend. Er hat systematisch Teile der ihm unterstehenden Kinderanstalten auf Tuberkulose untersucht, aktiv behandelt und schöne Erfolge erzielt. Er empfiehlt als wesentlichen Bestandteil der öffentlichen Tuberkulosefürsorge die Bekämpfung der Kinder-Tuberkulose. Dr. Graßl-Kempten.

Die Errichtung von Tuberkulosefürsorgestellen. Von Dr. Götzel-Wien. Das öster. Sanitätswesen; 1917, H. 1—8.

Die Fürsorgestellen haben dreifache Aufgabe: 1. Ermittelung der Kranken, 2. Maßnahmen gegen die Weiterverbreitung der Krankheit, 3. Maßnahmen zur Behandlung der Kranken. Jede Fürsorgestelle benötigt zur Erfüllung der ihr zufallenden Aufgabe des Schutzes der Gesunden und Kranken: 1. Absonderungsmöglichkeiten, für die Schwerkranken, 2. Behandlungsmöglichkeiten, 3. Versorgungsmöglichkeiten. Die Fürsorgestelle ist eine Anstalt für öffentliche Gesundheitspflege und muß für ihr Arbeitsgebiet ein Sammelpunkt aller öffentlichen Faktoren, Vereine, Personen werden, insoweit deren sozialfürsorgende Tätigkeit für sie in irgendeiner Richtung nutzbringend verwendbar ist.

Dr. Wolf-Hanau.

8. Rückfallfieber.

Zur Uebertragung des Erregers des europäischen Rückfallfiebers durch die Kleiderlaus. Von Prof. Dr. Jos. Koch-Berlin. Deutsche medizin. Wochenschrift; 1917, Nr. 34.

Man kann heute mit Sicherheit unterscheiden die Spirochaeta Obermeieri als Erreger des europäischen Rückfallfiebers, die Spirochaeta Duttoni als Erreger des afrikanischen Rekurrens- oder Zeckenfiebers und die Spirochaeta Norgi als Erreger der amerikanischen Febris recurrens. Die Uebertragung geschieht allgemein durch blutsaugende Insekten, doch wissen wir nur zum Teil, welche Zwischenwirte bei den einzelnen Formen den Transport des Infektionsstoffes vom Kranken auf den Gesunden bewirken.

Das gehäufte Auftreten der Febris recurrens unter rumänischen Kriegsgefangenen bot Koch Gelegenheit, nach dem wirklichen Ueberträger des Erregers des europäischen Rückfallfiebers und dem Zustandekommen der Infektion unter natürlichen Verhältnissen zu forschen. Ihm gelang der Nachweis von Spirochäten in den Läusen von 16 Personen bei einer Gesamtzahl von 80 Gefangenen (26 %) und konnte aus der eigenartigen Anordnung der Spirochäten schließen, daß in der Kleiderlaus ihre Vermehrung stattfindet. Die Laus ist also nicht lediglich Ueberträger, sondern ein echtes Wirtstier der Spirochaeta Obermeieri. Es ist möglich, daß auch noch andere blutsaugende Parasiten des Menschen, z. B. Wanzen, zur Verbreitung der Spirochäten beitragen, aber die Kleiderlaus ist die weitaus wichtigste und gefährlichste Ueberträgerin. Danach ist der Weg für die Prophylaxe vorgezeichnet: Es sind im Felde und in den Gefangenenlagern die Mannschaften, in den Sanitätskompagnien, Feld- und Kriegslazaretten die Kranken dauernd frei von Läusen zu halten; denn ein

verlauster, fiebernder Rekurrenspatient stellt für alle übrigen Kranken des Lazaretts und das Wartepersonal eine große Gefahr dar. Besondere Fälle haben gezeigt, daß schon der einzige Biß einer infizierten Laus genügt, um eine positive Infektion beim Gebissenen zu erzeugen. Auch die Vernichtung etwa vorhandener Wanzen muß angestrebt werden.

Dr. Roepke-Melsungen.

Besprechungen.

Dr. D. Kulenkampff: Kurzes Repetitorium der Chirurgie. I. Abteilung: Allgemeine Chirurgie. Vierte gänzlich umgearbeitete Auflage, mit 9 Abbildungen im Text; II. Abteilung: Operationslehre. Dritte völlig neubearbeitete Auflage, mit 16 Abbildungen im Text. Leipzig 1918. Verlag von J. A. Barth. 12°, 181 bezw. 195 Seiten. Preis: 4 bezw. 5 Mark, geb. 4,60 bezw. 5,60 Mark.

Die beiden Repetitorien (Nr. 18a u. b der Breitensteinschen Repetitorien) haben sich seit ihrem ersten Erscheinen viele Freunde erworben; sie verdienen auch durchaus diese weite Verbreitung zumal in der jetzigen Zeit, in der richtig chirurgisch Denken und Handeln für jeden Arzt von großer Wichtigkeit sind. In bezug auf äußere Form, Einteilung und Behandlung des Stoffes bringen die Neuauflagen keine Aenderungen, dagegen hat der Inhalt mancherlei kleinere und größere Verbesserungen erfahren. Rpd.

Prof. Dr. V. Pöschl, Direktor des Instituts für Warenkunde an der Handels-Hochschule in München: **Grundzüge der wissenschaftlichen Drogenkunde und organischen Rohstofflehre** nebst einem Entwurf einer Ersatzmittelkunde. Mit 52 Bildern im Text. Berlin 1917. Verlag von A. L. Herrmann. 8°, 352 S. Preis: 7 M., geb. 8,50 M.

Der Wert des vorliegenden Werkes liegt vor allem darin, daß Verfasser in die zurzeit herrschende Verwirrung und Unklarheit in bezug auf die als „Drogen" bezeichneten Waren Ordnung bringt, indem er vom Standpunkte der Warenkunde auf historisch gegründeten und durch Sprachforschung erhärteten Tatsachen einen neuen Begriff „Drogen" aufbaut und in strenger Folgerichtigkeit die danach als Drogen anzusehenden Waren nach ihren Eigenschaften näher untersucht, schildert und einreiht. Er versteht unter Drogen alle trocken erscheinende, aus dem Tier oder Pflanzenreiche stammende Waren, die aus einem oder mehreren Organen bestehen und den ursprünglichen anatomischen Bau (Zellenbau) im wesentlichen beibehalten. Mit dieser Begriffsauffassung, der darauf aufgebauten Einteilung und Schilderung der Drogen, auf der wieder die vom Verfasser aufgestellte Drogen- und Rohstoffliste beruht, kann man sich nur einverstanden erklären. Es handelt sich hier um eine ebenso wertvolle, als vorzügliche Arbeit; dasselbe gilt betreffs der Abschnitte über die volkswirtschaftliche Bedeutung der Drogen, über ihre Bedeutung in Handel und Industrie sowie in der Wissenschaft und für die Ersatzfrage.

Rpd.

Dr. Karl Franke, Arzt für innere Leiden in München: **Die menschliche Zelle.** Mit einer farbigen Tafel und 197 Abbildungen. Zweite Auflage. München 1917. Selbstverlag. Gr. 8°, 196 Seiten. Preis: 5 M., geb. 6 M.

Nach dem Titel des Buches wird mancher hauptsächlich eine den Bau, die Entwicklung usw. der menschlichen Zelle schildernde Darstellung vermuten; Verfasser hat sich aber nicht auf eine solche beschränkt, sondern den Schwerpunkt seiner Abhandlung auf die Schilderung des Lebens der Zelle und die dadurch bedingten Reizzustände im menschlichen Körper — der sog. Körper-Lebens-Lehre — gelegt, die interessant zu lesen ist, wenn auch mancher nicht überall mit denen von ihm vertretenen Anschauungen einverstanden sein wird. Die letzten Abschnitte enthalten eine Beschreibung der von ihm benutzten neuen Untersuchungsarten und Untersuchungsinstrumente, Krankenbogen usw.,

sowie eine Schilderung seiner „Doktorei", wodurch sich das Buch den Vorwurf einer Reklameschrift zugezogen hat, den es aber deshalb nicht verdienen dürfte.

Rpd.

Hans Lipp, z. Zt. Assistent und Bakteriologe am Reservelazarett II: **Empfindliche, einfache und rasch ausführbare Untersuchungsmethoden.** Für Lazarett-Laboratorien und praktische Aerzte zusammengestellt. Zweite, wesentlich verbesserte Auflage. Mit 3 farbigen Tafeln. München 1917. J. F. Lehmanns Verlag. 12°, 104 S. Preis: geb. 3,50 M.

Das vorliegende Büchlein bildet den IV. Teil des Taschenbuchs des Feldarztes und ist bei seinem ersten Erscheinen in dieser Zeitschrift bereits besprochen und empfohlen (s. Jahrg. 1916, Nr. 13, S. 409. Es hat in der schon seit zwei Jahren notwendig gewordenen zweiten Auflage noch wesentliche Verbesserungen und Ergänzungen erfahren, bei denen vom Verfasser auch manche Wünsche und Ratschläge berücksichtigt sind, die ihm aus dem Felde von Aerzten ausgesprochen sind. Infolgedessen wird das Taschenbuch sicherlich noch mehr Anerkennung und Verbreitung in den betreffenden Kreisen finden, als es bisher schon mit Recht der Fall gewesen ist.

Dr. Witte, Korpsstabsapotheker: **Trinkwasseruntersuchung im Felde.** Berlin 1917. Verlag von Julius Springer. Kl. 8°, 59 S. Preis: 2 M.

Eine kurzgefaßte Anleitung zur Trinkwasseruntersuchung, die zwar in erster Linie für die Oberapotheker und freiwilligen Militärapotheker bestimmt ist und sich auf die von der K. S. O. vorgeschriebene Wasseruntersuchungen beschränkt, sich aber auch für die im Felde stehenden Aerzte und Hygieniker als brauchbar erweisen wird.

Rpd.

Hanns Günther: Das Mikroskop und seine Nebenapparate. Entwicklung, Bau und Handhabung. Mit 107 Abbildungen. Stuttgart 1917. Geschäftsstelle des Mikrokosmus, Frankhsche Buchhandlung. Gr. 8°, 97 S. Preis: 1,80 M., geb. 3 M.

Das vorliegende Werk bildet den ersten Band des von der Schriftleitung des „Mikrokosmus" unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner herausgegebenen Handbuches der mikroskopischen Technik. Es bringt eine sich durch Sachkunde und Klarheit auszeichnende und erschöpfende Darstellung des Mikroskops und seiner Handhabung, an die sich ebenso vorzüglich bearbeitete Abschnitte über das Messen, Zählen und Zeichnen mikroskopischer Objekte, sowie über die dazu erforderlichen Apparate anschließt. Das von der Verlagsbuchhandlung sehr gut ausgestattete Buch kann den beteiligten Kreisen als sehr brauchbarer Ratgeber empfohlen werden; hoffentlich lassen die späteren Bände des betreffenden Handbuches nicht zu lange auf sich warten und teilen die vortrefflichen Eigenschaften des vorliegenden Bandes.

Rpd.

Tagesnachrichten.

Dem **Preußischen Landtag** ist kurz vor seiner Vertagung noch der Entwurf eines **Jugendfürsorgegesetzes** nebst Begründung vorgelegt. Der Entwurf ist auch für die Medizinalbeamten von großer Bedeutung und wird in einer der nächsten Nummern mitgeteilt und von dem Herausgeber besprochen werden.

Von dem **Preußischen Hebammenlehrbuch** ist jetzt eine Neuauflage in dem bisherigen Verlage (Jul. Springer in Berlin) erschienen. Der Preis beträgt für Behörden, Hebammen 2,80 M., für sonstige Abnehmer: 4,50 M. Es werden aber auch Ergänzungsblätter mit den wichtigsten Aenderungen des Buches zum Einkleben in das bisherige Buch zum Preise von 25 Pfg. abgegeben. Wir werden auf die durch die Neuausgabe bedingten Aenderungen noch zurückkommen.

Der **ärztliche Bezirksverein Dresden-Altstadt-Land** hat in seiner Sitzung am 28. Mai d. J. nach einem Referat des Bezirksarztes Dr. Thiersch in Dresden über das vom Landtag angenommene Wohlfahrtsgesetz für das Königreich und nach eingehender Aussprache darüber in bezug auf die **Mitwirkung der Hebammen auf dem Gebiete der Säuglings- und Mutterpflege** einstimmig folgende Entschließung angenommen: „Der Bezirksverein hält die Hebammen nach entsprechender Vorbildung für die eigentlichen Träger der Säuglings- und Mutterpflege und erwartet, daß diese bei Ausführung des Gesetzes über Wohlfahrtspflege in erster Linie berücksichtigt werden.“

Henkel-Prozeß. In dem gegen den Prof. Dr. Henkel in Jena eingeleiteten Disziplinarverfahren, das in erster Instanz mit Verurteilung und Strafverfahren endete, ist der Angeklagte in zweiter Instanz von dem Oberverwaltungsgericht in Jena freigesprochen und die großherzogliche Staatskasse zur Tragung der Kosten verurteilt. In der Begründung des Urteils wird ausgeführt, daß besonders die Anschuldigung in dem sogenannten Prinzenfalle nachgeprüft worden sei, jedoch nichts ergeben hätte, was ein disziplinarisches Einschreiten rechtfertige. Gewiß sei der Vorgang aus ethischen Gründen zu mißbilligen, daß ein gebildeter Laie bei einer Operation an weiblichen Geschlechtsteilen zuschauen durfte; den Angeklagten entschuldige jedoch, daß auch in anderen Kliniken solche wissenschaftlich interessierten Leute Zutritt hätten. In den Fällen der Schwangerschaftsunterbrechung hat der Gerichtshof keine Verfehlungen feststellen können, so daß auch hier Freisprechung erfolgt ist.

Der **Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege** wird in diesem Jahre eine **Versammlung** abhalten und zwar vom 4. bis 7. September 1918 in Cöln. Nach der vorläufigen Tagesordnung findet am 4. September ein Begrüßungsabend statt. Zur Verhandlung gelangen am

5. September: Alte und neue Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege (Referenten noch unbestimmt) und am

6. September: Die Wohnungsfrage nach dem Kriege (Referenten: Dr. Kuczinsky, Direktor des statistischen Amtes Schöneberg und Stadtbaurat Dr. Schmidt, Beigeordneter, Essen).

Für den 7. September ist ein gemeinsamer Ausflug in Aussicht genommen.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

das Eiserne Kreuz I. Klasse: Oberstabsarzt d. R. Dr. Hoppe, Oberarzt der Landesheilanstalt Uchtspringe (Reg.-Bez. Magdeburg) und Stabsarzt d. Res. und Korpshygieniker Dr. Prigge, Kreisarzt in Wiesbaden; — den Bayerischen St. Michaelsorden IV. Klasse mit der Krone und das Hamburger Hanseatenkreuz: Oberstabsarzt der Res. Reg.- und Med.-Rat Dr. Frey, z. Z. Medizinalreferent bei dem Verwaltungschef des Generalgouvernements Warschau; — das Hamburger Hanseatenkreuz: Stabsarzt d. Res. Dr. Marx, Gerichtsarzt in Berlin.

Mitteilung. Die Beilage „Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung“ ist diesmal nicht beigefügt, sondern wird mit der nächsten Nummer als Doppelnummer herausgegeben werden.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

31. Jahrgang; Nr. 16.  Ausgegeben am 20. August 191

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 15/16 am Schlusse des Hef

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Professor: dem Privatdozenten Dr. Franz Unterberger in Königsberg i. Pr. und Dr. Kirstein

---

zinischen Klinik in Berlin; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Reg.- und Med.-Rat Dr. Schwabe in Stettin; — der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Dietrich, Kreisarzt in Demmin; — das Verdienstkreuz für Kriegshilfe: dem Geh. Med.-Rat Dr. Grisar, Reg.- und Med.-Rat in Koblenz, und dem Med.-Rat Dr. Kirchgässer, Kreisarzt in Koblenz.

Ernannt: Dr. Margulies in Kolberg zum Kreisarzt daselbst.

Versetzt: Die Kreisärzte Dr. Duda in Ilfeld nach St. Wendel und Dr. Schmidt in Wreschen nach Recklinghausen-Ost mit dem Wohnsitz in Recklinghausen.

Gestorben: Kreisarzt Dr. Schiedat in Pleschen.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel als außerordentlicher Professor: dem Privatdozenten Dr. K. Franke und Dr. R. Siebeck in Heidelberg, sowie dem Privatdozenten Dr. Küpferle in Freiburg in Breisgau.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geh. Med.-Rat: dem Prof. Dr. Ledderhose in Straßburg in Els.

Ernannt: Der a. o. Prof. Dr. Manasse in Straßburg i. E. zum ordentlichen Professor, die außerordentlichen Professoren Geh. Med.-Rat Dr. Cahn und Dr. Freund daselbst zu Honorarprofessoren in der dortigen medizinischen Fakultät.

31. Jahrg. **Zeitschrift** 1918.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 16.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Aug.

Entwurf eines preußischen Jugendfürsorgegesetzes.

Vom Herausgeber.

Kurz vor Vertagung des Preußischen Landtages ist diesem von der Staatsregierung noch der Entwurf eines Jugendfürsorgegesetzes vorgelegt worden, der auch für die Medizinalbeamten von großer Bedeutung ist, da er nicht nur ihre Mitwirkung bei den in dem Entwurf vorgesehenen Jugendämtern gesetzlich festlegt, sondern auch das Haltekinderwesen regelt. Die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung auf diesem Gebiete wird in der allgemeinen Begründung wie folgt begründet:

„Die letzten Jahrzehnte standen in hervorragendem Maße unter dem Zeichen der Fürsorge für die Jugend. Man hatte erkannt, von wie grundlegender Bedeutung eine körperlich und geistig gesunde Jugend für die Zukunft des deutschen Volkes ist, und war bemüht, durch gesetzgeberische Arbeit den wesentlichsten Schädigungen und Gefahren, die der Jugend drohen, entgegenzuwirken und ihr Wohl zu fördern. Regelung der Beschäftigung der Kinder und Jugendlichen, Schutz gegen Ausbeutung ihrer Arbeitskraft, Verhütung ihrer Verwahrlosung und des völligen sittlichen Verderbens, Ausbau von Jugendgerichten und eines den Bedürfnissen der Jugendlichen angepaßten Strafvollzugs, Sorge für geistige Fortbildung und körperliche Ertüchtigung sind Maßnahmen, die seitens der gesetzgebenden Körperschaften und der Staatsbehörden getroffen wurden. Daneben entfalteten zahlreiche Jugend-

freunde in Vereinen und Versammlungen, in Wort und Schrift eine ungemein rührige und umfassende Tätigkeit auf den verschiedensten Gebieten der Jugendfürsorge zur Beseitigung hervorgetretener Mißstände. Diesen staatlichen und privaten Bestrebungen sind namhafte Erfolge beschieden. Woran aber namentlich die privaten Bestrebungen kranken, das ist eine gewisse Systemlosigkeit. Diese Schattenseite der Jugendfürsorge zu beseitigen, muß ernstlich angestrebt werden. Das geeignetste Mittel hierzu ist die Schaffung einer Organisation. Ziel derselben muß sein die Zusammenfassung und Ergänzung der Einrichtungen zur Jugendfürsorge und sodann eine zweckentsprechende Arbeitsteilung, die der Zersplitterung von Kräften und Mitteln vorbeugt, und die eine freie Entfaltung der Kräfte auf den innerhalb der Organisation ihnen zugewiesenen Arbeitsgebieten ermöglicht. Als besonders dringlich erscheint eine geordnete Fürsorge für die ihrer natürlichen Beschützer entbehrenden Jugendlichen, namentlich die unehelichen Kinder. Bei ihnen ist die Säuglingsterblichkeit noch immer eine erschreckend große. Ihr gegenüber muß die Pflicht der Erhaltung einer möglichst großen Zahl von Geborenen stehen. In einer Zeit, in der der blutigste Krieg aller Zeiten gewaltige Lücken in unsere Volkskraft gerissen hat, und in der wir einen auffallenden Rückgang der Geburten zu beklagen haben, wird das Leben jedes Geborenen doppelt wertvoll und seine Erhaltung zu einer der brennendsten Aufgaben. Dazu tritt das Problem der Verwilderung der Jugend, das der Krieg in den Vordergrund gerückt hat. Es wird einer verdoppelten Arbeit aller hierzu berufenen Behörden und Kreise, denen das Wohl der Jugend am Herzen liegt, bedürfen, um die Schäden zu heilen, die der Krieg unserer Jugend verursacht hat. Dieser Arbeit eine feste gesetzliche Grundlage zu geben, dürfte allgemein als erforderlich anerkannt werden."

Mit Recht wird dann in der Begründung betont, daß sich die von mancher Seite vorgeschlagene Schaffung eines einheitlichen Deutschen Jugendgesetzes angesichts der Dringlichkeit der Aufgabe sowie mit Rücksicht darauf nicht empfiehlt, da ein großer Teil der Materie in allen deutschen Bundesstaaten bereits gesetzlich geregelt ist.

Der Gesetzentwurf hat folgenden Wortlaut:

I. Jugendämter.

§ 1. Zur Förderung der Jugendfürsorge ist von jedem Stadt- und jedem Landkreis ein Jugendamt zu errichten. Die kreisangehörigen Gemeinden mit mehr als 10000 Einwohnern, sowie die selbständigen Städte der Provinz Hannover (§ 27 Abs. 1 der Kreisordnung für die Provinz Hannover vom 6. Mai 1884 — Gesetzsamml. S. 181) sind befugt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde besondere Jugendämter zu errichten.

§ 2. Das Jugendamt ist zugleich Gemeindewaisenrat.

§ 3. Das Jugendamt ist ferner berufen:

1. darüber zu wachen, daß den gefährdeten Minderjährigen der erforderliche Schutz gewährt und deren Verwahrlosung entgegengewirkt wird,
2. Berufsvormundschaften über uneheliche Kinder einzurichten (§ 15) und die Fürsorge für diese tunlichst schon vor der Geburt zu übernehmen,
3. bei Einleitung und Ausführung der Fürsorgeerziehung mitzuwirken (§ 21),
4. die Pflege der Haltekinder zu beaufsichtigen (§ 22 flg),
5. die Justizbehörden bei der Strafrechtspflege gegenüber Minderjährigen zu unterstützen,
6. die freie Liebestätigkeit in der Jugendfürsorge anzuregen sowie auf einen planmäßigen Aufbau und ein zweckentsprechendes Ineinandergreifen der gesamten Säuglings-, Kleinkinder- und Schulkinderfürsorge hinzuarbeiten.
7. die staatlichen, Schul- und Kommunalbehörden bei den ihnen sonst durch Gesetz oder Verwaltungsvorschriften zugewiesenen oder von ihnen über-

nommenen Aufgaben zu unterstützen, die die Fürsorge für die Jugend in körperlicher, geistiger und sittlicher Hinsicht betreffen.

Bei Erfüllung dieser Aufgaben, sowie auf dem weiteren Gebiete der Jugendfürsorge hat das Jugendamt mit den diesem Zwecke dienenden Vereinen und Veranstaltungen unter Wahrung von deren Selbständigkeit zusammenzuwirken.

§ 4. Die Verfassung des Jugendamts regeln die Kreise oder Gemeinden vorbehaltlich der nachfolgenden Bestimmungen.

§ 5. In den Landkreisen ist der Landrat als Vorsitzender des Kreisausschusses Vorsitzender des Jugendamts. Der ständige Vertreter im Vorsitze wird aus den Mitgliedern des Jugendamts von diesem gewählt.

§ 6. Dem Kreisjugendamt gehören als Mitglieder kraft ihres Amtes an:

1. der Kreisschulinspektor,
2. der Kreisarzt,
3. je ein von dem Regierungspräsidenten im Einvernehmen mit der kirchlichen Oberbehörde für die Dauer von drei Jahre zu bestimmender Geistlicher der evangelischen Landeskirchen und der katholischen Kirche.

Sind im Bezirke des Jugendamts mehrere Kreisschulinspektoren oder Kreisärzte angestellt, so bestimmt die diesen vorgesetzte Dienstbehörde, wer von ihnen Mitglied des Jugendamts ist.

§ 7. Als ehrenamtliche Mitglieder werden in das Kreisjugendamt von dem Kreistage auf die Dauer von drei Jahren in der Regel nicht mehr als 12 in der Jugendfürsorge erfahrene und bewährte Männer und Frauen berufen, unter ihnen Aerzte, Lehrer, Geistliche und Vertreter der der Jugendfürsorge dienenden Vereine sowie der in dem Bezirke des Jugendamts besonders vertretenen Berufsstände.

Der Berufung in das Jugendamt steht nicht entgegen, daß die Wahl zu einem kommunalen Amt durch ein Amt oder das Geschlecht ausgeschlossen ist.

§ 8. In den Stadtkreisen sowie in den Gemeinden, die ein besonderes Jugendamt errichten, wird das Jugendamt nach den Gemeindeverfassungsgesetzen gebildet; die in dem § 6 genannten Personen müssen, die im § 7 genannten Personen sollen dem Jugendamt angehören; neben dem Kreisschulinspektor kann ein Beamter der Gemeindeschulverwaltung, neben dem Kreisarzt ein von der Gemeinde angestellter Arzt berufen werden.

Die Bestimmung des § 7 Abs. 2 findet Anwendung.

§ 9. Als Jugendamt kann auch die erforderlichenfalls nach § 8 zu verstärkende Schuldeputation oder eine der allgemeinen Fürsorge oder Wohlfahrtspflege dienende Einrichtung bestellt werden, sofern ihre Zusammensetzung den §§ 6 und 7 genügt.

§ 10. Das Jugendamt kann für einzelne seiner Aufgaben besondere Ausschüsse errichten und in diese Vertreter von anderen Veranstaltungen oder Vereinen berufen, die denselben oder ähnlichen Zwecken dienen. Es kann alle oder einzelne Aufgaben, insbesondere die Geschäfte des Gemeindewaisenrats für örtlich abgrenzende Teile seines Bezirks besonderen Abteilungen oder einzelnen Personen übertragen.

§ 11. Zur Unterstützung des Jugendamts sowie des Berufsvormunds sind Personen, die dazu bereit sind, auch Frauen, insbesondere Schwestern, Fürsorgerinnen Hebammen u. a. als Waisenpfleger widerruflich zu bestellen. Die Waisenpflegerinnen haben vorzugsweise bei der Sorge für die Person der im Kindesalter stehenden und die weiblichen Minderjährigen, sowie bei der Aufsicht über die Haltekinder mitzuwirken.

Bei der Auswahl der Waisenpfleger ist auf das religiöse Bekenntnis der Minderjährigen tunlichst Rücksicht zu nekmen.

Sind geeignete Vereine im Bezirk des Jugendamts vorhanden, so sollen auch sie für die pflegerische Arbeit herangezogen werden.

§ 12. Der Berufsvormund ist zu den Sitzungen des Jugendamts regelmäßig zuzuziehen.

§ 13. Das Vormundschaftsgericht ist zu den Sitzungen des Jugendamts einzuladen und muß in diesen gehört werden. Auf Einladung des Vormundschaftsgericht hat das Jugendamt einen Vertreter zu Besprechungen anzuordnen.

Auf Ersuchen des Vormundschaftsgerichts hat es Auskunft zu erteilen und Gutachten zu erstatten.

§§ 14—20 (2. Berufsvormundschaft) und § 21 (3. Aenderungen des Gesetzes über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger) interessieren hier nicht.

4. Haltekinderwesen.

§ 22. Wer fremde, noch nicht 7 Jahre alte Kinder

a) unehelicher Geburt gegen Entgelt oder ohne Entgelt,

b) ehelicher Geburt gegen Entgelt

(Haltekinder) in Kost und Pflege nehmen will, bedarf dazu der vorherigen Erlaubnis des Jugendamts, in dessen Bezirk er seinen Wohnsitz hat.

Als Kind ehelicher Geburt im Sinne dieser Vorschrift gilt auch ein uneheliches Kind, das gemäß § 1706 Abs. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs den Namen des Ehemanns der Mutter führt.

§ 23. Die Erlaubnis wird grundsätzlich nur an weibliche Personen (Haltefrauen) und nur für höchstens zwei Kinder erteilt. Ausnahmen sind zulässig, Wird die Erlaubnis männlichen Personen erteilt, so finden die Vorschriften dieses Gesetzes auf sie Anwendung.

Die Erlaubnis kann an Bedingungen geknüpft werden.

Der Minister des Innern erläßt Vorschriften über die Voraussetzungen, unter denen die Erlaubnis zu erteilen ist.

§ 24. Die Erlaubnis erlischt.

a) bei jedem Wohnungswechsel der Haltefrau,

b) wenn seit Abgabe des letzten Haltekindes oder seit der Erteilung der Erlaubnis, ohne daß inzwischen ein Haltekind aufgenommen worden ist, ein Jahr vergangen ist.

§ 25. Die Erlaubnis kann widerrufen werden, wenn das geistige oder leibliche Wohl des Kindes durch die Unterbringung gefährdet erscheint.

§ 26. Gegen die Versagung oder den Widerruf der Erlaubnis ist nur die Beschwerde bei dem Regierungspräsidenten — in Berlin bei dem Oberpräsidenten — zulässig; diese entscheiden endgültig.

Die Beschwerde hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 27. Die Haltefrau hat unbeschadet der sonst gesetzlich oder polizeilich vorgeschriebenen Anzeigen die Aufnahme und die Abgabe eines Haltekindes innerhalb drei Tagen, den Tod eines Haltekindes unverzüglich, spätestens an dem darauf folgenden Tage dem Jugendamt anzuzeigen.

Die Beerdigung der Leiche eines Haltekindes darf nur mit Erlaubnis des für den Sterbeort zuständigen Jugendamts erfolgen.

Der Minister des Innern bestimmt den Inhalt der hier vorgeschriebenen Anzeigen.

§ 28. Die vom Jugendamt mit der Aufsicht über die Pflege der Haltekinder beauftragten Personen sind berechtigt, jederzeit die Wohnung der Haltefrau zu besichtigen und zu verlangen, daß ihnen über die Verhältnisse des Kindes, insbesondere über dessen Unterbringung, Ernährung und Pflege Auskunft erteilt wird, sowie, daß das Kind ihnen oder einem von ihnen zu bezeichnenden Arzte zur Prüfung seines Gesundheitszustandes vorgeführt wird.

§ 29. Die Vorschrift des § 28 findet entsprechende Anwendung auf uneheliche Kinder im Alter bis zu 7 Jahren, die bei ihrer Mutter zur Pflege untergebracht sind.

§ 30. Die Vorschriften der §§ 22 bis 29 finden keine Anwendung auf Haltekinder (§ 22), die in einer öffentlichen oder in einer privaten, auf dem Gebiete der Kinderfürsorge bewährten Anstalt erzogen oder verpflegt werden oder von einer öffentlichen Behörde unter ihrer Aufsicht in Familienpflege gegeben sind.

Das Jugendamt entscheidet, ob eine private Anstalt als auf dem Gebiete der Kinderfürsorge bewährt anzusehen ist. Die Entscheidung ist widerruflich.

Auf Haltekinder (§ 22), die bei ihren Großeltern untergebracht werden, finden nur die §§ 27 und 28 dieses Gesetzes entsprechende Anwendung.

§ 31. Wer ein Haltekind ohne die vorgeschriebene Erlaubnis in Kost und Pflege nimmt, oder nach Erlöschen oder Widerruf der Erlaubnis in Kost und Pflege behält, oder von den in der Erlaubnis festgesetzten Bedingungen

abweicht, wird mit Geldstrafe bis zu 1000 M. oder mit Haft, oder mit Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft.

Die gleiche Strafe trifft denjenigen, der in den nach § 27 vorgeschriebenen Anzeigen wissentlich unrichtige Angaben macht.

§ 32. Wer der in § 27 vorgeschriebenen Anzeigepflicht nicht nachkommt, oder wer die Leiche eines Haltekindes ohne die in § 27 vorgeschriebene Erlaubnis beerdigt, wird mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder mit Haft bestraft.

§§ 33—36 betreffen die Unterstützung hilfsbedürftiger Kinder, §§ 37—38 Ausführungs- und Uebergangsbestimmungen, die hier nicht interessieren.

Der Entwurf befaßt sich also in seinem ersten Abschnitte (§§ 1 bis 13) mit der Organisation der Jugendfürsorge und sieht ihre Zusammenfassung in einer Stelle, in dem für jeden Stadt- und Landkreis zu errichtenden Jugendamt vor, die der Mittelpunkt für alle Jugendfürsorge an der untersten Verwaltungsstelle sein, ein geordnetes Zusammenarbeiten der amtlichen und privaten Fürsorgetätigkeit vermitteln sowie das körperliche, sittliche und geistige Wohl der Jugend zu fördern bemüht sein soll. Das Recht, ein Jugendamt zu errichten, soll auch Gemeinden mit mehr als 10000 Einwohnern sowie den selbständigen Städten in der Provinz Hannover, die im Abs. 1 des § 27 der Kreisordnung für Hannover genannt sind, zustehen, wenn die Aufsichtsbehörde zustimmt.

Als erste Aufgabe werden dem Jugendamt die Geschäfte des bisher im § 3 für jede einzelne Gemeinde bestellten Gemeindewaisenrates übertragen, damit an Stelle der ehrenamtlichen Tätigkeit des im wesentlichen sich selbst überlassenen Waisenrats die mehr berufliche einer straffer organisierten Behörde tritt, die größere Sicherheit für eine fruchtbare Wirksamkeit auf diesem Gebiete bietet. Dasselbe gilt von weiteren dem Jugendamt zugedachten Aufgaben: Ueberwachung der gefährdeten Minderjährigen und Verhütung ihrer Verwahrlosung; Errichtung von Berufsvormundschaften; Einleitung der Fürsorgeerziehung; Aufsicht über die Haltekinder; Unterstützung der Justizbehörden (Jugendgerichte und Jugendstaatsanwälte); planmäßiger Aufbau und ein zweckentsprechendes Ineinandergreifen der gesamten Säuglings-, Kleinkinder- und Schulkinderfürsorge.

Die Verfassung der Jugendämter soll grundsätzlich durch die Kreise und Gemeinden geregelt werden, damit die örtlich verschiedenen Bedürfnisse berücksichtigt werden können. Es werden also entsprechende Beschlüsse der Kreistage sowie der Gemeindevertretungen herbeizuführen sein. Der Entwurf gibt aber in den §§ 5—8 bestimmte Richtlinien für seine Einrichtung und seine Mitglieder. Danach sollen in den Landkreisen neben dem Landrat als Vorsitzenden des Jugendamts der Kreisschulinspektor, Kreisarzt und je ein Geistlicher der beiden christlichen Bekenntnisse als Mitglieder kraft ihres Amtes berufen werden, während als ehrenamtliche Mitglieder in der Jugendfürsorge erfahrene und bewährte Männer und Frauen, unter ihnen Aerzte, Lehrer, Geistliche, Vertreter der der Jugend-

fürsorge dienenden Vereine sowie der im Bezirke des Jugendamts besonders vertretenen Berufsstände zugezogen werden sollen.

In den Stadtkreisen und den Gemeinden mit einem besonderen Jugendamt sind die Jugendämter nach den Gemeindeverfassungsgesetzen zu bilden, sie können auch mit einer schon vorhandenen Deputation, wie Waisen-, Schuldeputation und dergl. verbunden oder ihr angegliedert werden. Der zuständige Kreisarzt und Kreisschulinspektor gehören hier aber auch kraft ihres Amtes als Mitglieder dem Jugendamt an, jedoch kann neben diesen beiden Beamten noch je ein von der Gemeinde aufgestellter Arzt oder Schulinspektor berufen werden, eine Bestimmung, mit der man sich nur einverstanden erklären kann. Jedenfalls ist es von großer Bedeutung, daß die Mitwirkung des Kreisarztes als gesundheitlicher Berater für alle Fälle gesetzlich gesichert ist; es wird ihm allerdings dadurch eine erhebliche Mehrarbeit erwachsen, die sich aber sicher als sehr nutzbringend für die heranwachsende Jugend erweisen wird. Uebrigens sieht der Entwurf auch im § 9 in zweckmäßiger Weise die Möglichkeit einer engeren Verbindung des Jugendamtes mit „einer der allgemeinen Fürsorge oder Wohlfahrtspflege dienenden Einrichtung", z. B. mit einem Kreisgesundheitsamte, vor, in dem einer besonderen Abteilung die Aufgaben des Jugendamtes, z. B. die Aufsicht über das Haltekinderwesen, übertragen werden können; was sich unseres Erachtens dringend empfiehlt, denn gerade diese dem Jugendamte zugedachte Aufgabe liegt doch in erster Linie auf gesundheitlichem Gebiete. Damit kommen wir zu den für den Medizinalbeamten wichtigsten, die Regelung des Haltekinderwesens betreffenden Bestimmungen.

In der Begründung hierzu wird zunächst ein kurzer Ueberblick über die früheren Maßnahmen und Bestimmungen auf diesem Gebiete gegeben und darauf hingewiesen, daß erst durch die Novelle zur Gewerbeordnung vom 21. Juli 1879 wieder die Möglichkeit geschaffen wurde, die nach dem Inkrafttreten der Gewerbeordnung in Fortfall gekommene polizeiliche Genehmigung zum Halten von Kostkindern wieder einzuführen. Es heißt dann weiter:

„Auf die hierdurch veränderte Rechtslage wurden die Oberpräsidenten durch Erlaß der Min. des Innern und der geistlichen usw. Angelegenheiten vom 25. August 1880 mit dem Bemerken aufmerksam gemacht, daß nunmehr das Hindernis hinweggeräumt sei, das bisher einem kräftigen Einschreiten der Verwaltungsbehörde auf dem Gebiete des Haltekinderwesens entgegengestanden habe. Wo ein Bedürfnis bestehe, die Angelegenheit behördlich zu regeln, werde dies am zweckmäßigsten durch Polizeiverordnung geschehen, für die die wichtigsten Gesichtspunkte in dem Erlasse angegeben wurden. Die auf Grund dieses Erlasses in den Provinzen erlassenen Polizeiverordnungen führen zwar sämtlich für die Aufnahme von Haltekindern die Konzessionspflicht wieder ein; im übrigen entbehren sie aber der Einheitlichkeit und enthalten teilweise auch Bestimmungen, die zwar zweckmäßig sind, deren Rechtsgültigkeit aber nach der Rechtsprechung der Gerichte zweifelhaft erscheint. Einheitliche Ueberwachungsvorschriften in der Monarchie sind aber dringend erforderlich, da erfahrungsgemäß die Haltekinder gern in diejenigen gebracht

werden, in denen die Ueberwachung weniger streng durchgeführt wird. Es empfiehlt sich deshalb, diese Einheitlichkeit durch Gesetz herbeizuführen, nicht allein wegen ihrer Bedeutung für eine energische Bevölkerungspolitik, sondern auch um alle für die Regelung des Haltekinderwesens erforderlichen Vorschriften auf eine einwandfreie gesetzliche Grundlage zu stellen."

Der Gesetzentwurf geht in Uebereinstimmug mit den in Preußen zur Regelung des Haltekinderwesens bisher erlassenen Polizeiverordnungen davon aus, daß nur diejenige Person ein Haltekind bei sich aufnehmen darf, die zuvor dazu eine behördliche Erlaubnis erhalten hat. Er geht aber viel weiter als bisher, indem er zunächst die Altersgrenze der sog. Haltekinder bis zum vollendeten sechsten Lebensjahre festsetzt und das Gesetz mit Recht auch auf die unentgeltlich in Kost und Pflege genommenen unehelichen Kinder ausgedehnt wird. Die Begründung sagt hierzu:

„Diese Maßnahme hat sich in der Praxis als erforderlich erwiesen, da zahlreiche Haltefrauen sich der Ueberwachung unter dem Vorwande der unentgeltlichen Aufnahme zu entziehen suchen. Mitunter werden auch uneheliche Kinder unentgeltlich bei den Eltern der Mutter untergebracht, die in dem Kinde oft nicht ein an seinem Dasein unschuldiges schutzbedürftiges Wesen, sondern nur die lebendige Verkörperung der Schande ihrer Tochter erblicken und es dementsprechend behandeln. Es erscheint daher geboten, auch die unentgeltlich untergebrachten unehelichen Kinder dem Schutze des Gesetzes zu unterstellen."

Dagegen erkennt der Gesetzentwurf ein allgemeines Bedürfnis, die Vorschriften auch auf die unentgeltlich untergebrachten ehelichen Kinder zu erstrecken, wie es in der Provinz Sachsen nach der Polizeiverordnung vom 1. November 1913 rechtens ist, nicht an. Vom gesundheitlichen Standpunkte aus ist dies zweifellos zu bedauern; denn es gibt leider noch viele eheliche Kinder, die von ihren Eltern gegen Entgelt anderweit untergebracht werden und deren Unterbringung in sehr vielen Fällen die gleiche Beaufsichtigung erfordert wie bei den unehelichen. Es kann deshalb nur dringend gewünscht werden, daß der Landtag den im § 22 gemachten Unterschied zwischen ehelichen und unehelichen Kindern fortfallen läßt.

Zuständig für die Erteilung der Erlaubnis soll das Jugendamt des Bezirks sein, in dem die Haltefrau ihren Wohnsitz oder Aufenthaltsort hat, und die Erlaubnis wie bisher, grundsätzlich nur an weibliche Personen erteilt werden, da die Sorge für noch nicht 7 Jahre alte Kinder Frauensache ist (§ 23). Ausnahmsweise soll indessen die Erlaubnis auch Männern gegeben werden können. Damit soll beispielsweise ermöglicht werden, daß auch ein Witwer ein fremdes noch nicht 7jähriges Kind bei sich aufnehmen kann, um es mit seinem eigenen Kinde zu erziehen, eine Möglichkeit, die namentlich in der jetzigen Zeit im Interesse der vielen durch den Krieg vater- und elternlos gewordenen Kinder gegeben sein muß. Auch von der weiteren sehr zweckmäßigen Vorschrift, daß einer Haltefrau nur die Erlaubnis zur Aufnahme von höchstens 2 Haltekindern erteilt werden darf, sollen zwar Ausnahmen zulässig sein, aber nur in ganz besonderen Fällen, da verhindert

werden soll, daß aus der Aufnahme von Haltekindern ein umfangreiches Gewerbe gemacht wird.

Ueber die Voraussetzungen, unter denen die Erlaubnis zu erteilen ist, enthält der Gesetzentwurf keine nähere Vorschriften, sondern erteilt mit Recht dem Minister des Innern die Ermächtigung zu deren Festsetzung, da dieser dann jederzeit in der Lage ist, die Bestimmungen dem in der Praxis hervorgetretenen Bedürfnis und den gesundheitlichen Anforderungen entsprechend abzuändern. In der Begründung heißt es jedoch: „Voraussetzung für die Erteilung der Erlaubnis wird insbesondere sein müssen, daß die Haltefrau nach ihren eigenen und ihrer Wohnungsgenossen persönlichen Verhältnissen, ihren Eigenschaften und ihrem Gesundheitszustande, sowie nach der Beschaffenheit ihrer Wohnung geeignet erscheint, die Pflege und Beköstigung eines Haltekindes zu übernehmen."

Zu den wichtigsten Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis gehört eine gesunde, hinreichend große Wohnung; deshalb ist im § 24a die Bestimmung getroffen, daß die Erlaubnis bei einem Wohnungswechsel ohne weiteres erlischt. Ebenso rechtfertigt sich die Bestimmung im § 24b wonach die erteilte Erlaubnis zur Aufnahme von Haltekindern erlischt, wenn binnen Jahresfrist kein Gebrauch davon gemacht ist. Zweckentsprechend ist auch die Bestimmung im § 26, daß die bei Widerruf der Erlaubnis zulässige Beschwerde keine aufschiebende Wirkung hat und demzufolge die betreffende Haltefrau das Haltekind unverzüglich oder binnen der ihr von dem Jugendamt gesetzten Frist abzugeben hat. Ueber die den Haltefrauen obliegenden Pflichten enthält der Gesetzentwurf keine ausführlichen Vorschriften, sondern regelt im § 27 nur die für eine scharfe Ueberwachung des Haltekinderwesens erforderlichen Anzeigen bei Aufnahme und Abgabe oder Tod des Haltekindes; hier besteht aber insofern eine Lücke, als bei einer Erkrankung des Kindes keine Anzeige vorgeschrieben ist, obwohl diese vom gesundheitlichen Standpunkte aus dringend nötig ist. Hoffentlich wird diese Lücke von dem Landtage ausgefüllt; eine solche Anzeige ist noch viel wichtiger als die beim Tode des Kindes, da diesem dann nicht mehr zu helfen ist, während es anderseits bei rechtzeitiger ärztlicher Behandlung und Unterbringung in eine Heilanstalt hätte gerettet werden können. In der Begründung heißt es allerdings in bezug auf die Anzeige und die Beaufsichtigung der Haltekinder:

„Dem Minister des Innern wird zweckmäßigerweise die nähere Bestimmung des Inhalts der Meldungen zu übertragen sein. Es ist in Aussicht genommen, nicht bloß genaue Angaben über die Persönlichkeit des Pfleglings, seiner Eltern, seiner Mutter, seines Vormundes usw. zu verlangen, sondern die Haltefrau auch zu verpflichten, genaue Mitteilungen über die Bedingungen zu machen, unter denen das Kind in Kost und Pflege gegeben ist, sowie über die Sicherstellung eines etwa ausbedungenen Entgelts für die Pflege. Sollte sich bei der Nachprüfung dieser Mitteilungen ergeben, daß das Wohl des Haltekindes, insbesondere eine ausreichende Ernährung nicht genügend gewährleistet ist, so ist das Jugendamt in der Lage, durch Androhung des Widerrufs der Erlaubnis auf anderweite

Unterhaltsbedingungen hinzuwirken oder durch sofortigen Widerruf der Erlaubnis eine unverzügliche anderweite Unterbringung des Pfleglings zu erzwingen.

Die im § 28 gegebenen Bestimmungen bedürfen keiner näheren Begründung, da ohne sie eine scharfe Ueberwachung der Haltekinder unmöglich wäre. Hervorgehoben sei nur, daß es sich in der Praxis als erforderlich erwiesen hat, daß die mit der Aufsicht über das Haltekinderwesen betrauten Organe die Möglichkeit haben, der Haltefrau aufzugeben, daß sie das Haltekind einem von ihnen zu bezeichnenden Arzte in dessen Sprechstunde, nach Bedürfnis einmal oder wiederholt, zur Untersuchung vorführen."

Es ist also danach beabsichtigt, nicht bloß über die Erlaubniserteilung, sondern auch über die Beaufsichtigung usw. der Haltekinder besondere ministerielle Vorschriften zu erlassen, die sich außerdem mit Rücksicht auf die dabei dringend erwünschte Einheitlichkeit als notwendig erweisen. Daß nach § 28 nur die Vorschriften über die Beaufsichtigung auch auf die bei ihrer Mutter in Pflege untergebrachten unehelichen Kinder Anwendung finden sollen, ist unseres Erachtens nicht ausreichend für den Schutz dieser Kinder; es sollten vielmehr den unehelichen Müttern gegenüber wie gegenüber den Großeltern (s. § 30, Abs. 3), falls bei ihnen Enkelkinder untergebracht sind, auch die Bestimmungen über die Anzeigepflicht zur Geltung kommen, wenigstens für den Fall der Erkrankung und des Todes ihres Kindes.

Kinder, die in öffentlichen Anstalten untergebracht sind, bedürfen selbstverständlich nicht den Schutz des Gesetzes; diese Antalten sollen daher nicht unter die Bestimmungen des Gesetzes fallen. Dasselbe gilt auch im allgemeinen von den in Privatanstalten verpflegten Kindern. Da diese Anstalten aber nicht überall die erforderliche Sicherheit in bezug auf die zu stellenden Anforderungen bieten, soll ihnen nur dann die Aufnahme solcher Kinder gestattet werden, wenn sie nach Urteil des Jugendamtes auf dem Gebiete als bewährt anzusehen ist. Bedenklich erscheint es aber, im § 29 auch die von einer öffentlichen Behörde unter ihrer Aufsicht in Säuglingspflege gegebenen Kinder von den Vorschriften der §§ 22—29 auszunehmen; denn erfahrungsgemäß ist diese „Aufsicht" sehr oft eine recht mangelhafte. Außerdem kann es auch den betreffenden Behörden nur angenehm sein, wenn die Familien, in denen sie Kinder unterbringen, den Bestimmungen des Gesetzes unterworfen werden.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung.

Tuberkuloseähnliche Gewebsveränderungen bei Syphilis, Lepra und Sporotrichose. Von Prof. E. Hoffmann-Bonn. Deutsche med. Wochenschr.; 1917, Nr. 26.

Tuberkuloide Strukturen kommen im Haut- und Unterhautgewebe nicht nur bei Tuberkulose vor, sondern auch bei Syphilis, Lepra, Sporotrichose und anderen Pilzerkrankungen vor. Mitunter kann durch die Syphilisspirochäte selbst das Bild des Miliarlupoids hervorgerufen werden.

Nach Untersuchungen an Menschen und Experimenten am Kaninchenauge vermag das Syphilisvirus an sich tuberkelähnliche Gewebs-

veränderungen zu erzeugen. Diese Erfahrungen müssen daher bei der hystologischen Diagnose der Tuberkulose zur Verhütung verhängnisvoller Irrtümer beobachtet werden. Dr. Roepke-Melsungen.

Die diagnostische Verwertbarkeit der Thermopräzipitinreaktion nach Schürmann bei chronischer Gonorrhoe. (Aus dem Pathologischen Institut der Städtschen Krankenanstalt in Kiel.) Von E. Emmerich. Deutsche med. Wochenschr.; 1917, Nr. 19.

Die von Schürmann angegebene Thermopräzipitinreaktion, angestellt mit Antigonokokkenserum, hat als Diagnostikum bei Gonorrhoe nicht den ausgesprochenen Erwartungen entsprochen. Sie versagte bei sicheren Gonokokkenfällen und führte bei sicher negativen Kontrollfällen zu positiven Ergebnissen. Auf Grund der Nachprüfung erscheint es daher dem Verfasser nicht angängig, die Reaktion „für forensische und medizinpolizeiliche Fälle“ oder sogar „als Maßstab für eine gut durchgeführte Behandlung“ heranzuziehen. Die diagnostische Verwertbarkeit der Thermopräzipitinreaktion ist vielmehr sehr beschränkt. Dr. Roepke-Melsungen.

Salvarsan-Natrium als intravenöse Injektion in hochkonzentrierter Lösung. Von Oberarzt d. R. Dr. Glombitza-Bautzen. Deutsche med. Wochenschr.; 1917, Nr. 21.

Das Salvarsan-Natrium wirkt etwas intensiver als das Neo-Salvarsan; in seiner Heilwirkung steht es zwischen dem Alt- und Neo-Salvarsan. Es eignet sich sehr gut zur Einspritzung von hochkonzentrierter Lösungen. Bei Anwendung frisch destillierten sterilen Wassers ist es fast frei von Nebenwirkungen und wird ausgezeichnet vortragen. Es ist deshalb für die ambulante Behandlung vorzüglich geeignet. Dr. Roepke-Melsungen.

Die Ansteckungsquellen der geschlechtskranken Heeresangehörigen während des Krieges. Von Dr. Oskar Gans, Oberarzt der Reserve, Karlsruhe. Deutsche med. Wochenschr.; 1918, Nr. 1.

Die Untersuchung erstreckt sich auf 1000 Lazarettinsassen eines Korpsbezirkes, von denen sich während des Krieges 740 mit Tripper, 260 mit Syphilis ansteckten. Die Hauptansteckungsquellen sind auch während des Krieges bei den Kellnerinnen, Dienstmädchen und Straßendirnen zu suchen, an zweiter Stelle folgen Ladenmädchen, Bordelldirnen, Fabrikarbeiterinnen und die eigenen Ehefrauen der Erkrankten. Von der Gesamtzahl der Erkrankten war zur Zeit der Ansteckung unverheirat 692, verheiratet 308. Das Besatzungsheer (Heimat und Garnison) ist mit 73,2 %, das Feldheer mit 26,8 % an geschlechtlichen Erkrankungen beteiligt. Die Hauptquelle der Ansteckung fließt also in der Heimat, in der Garnison, beim Besatzungsheer. Da hier aber eine zwangsweise Isolierung der kranken Frauen praktisch undurchführbar ist, bleibt als einziger Weg die persönliche Prophylaxe des einzelnen. Dr. Roepke-Melsungen.

Der Krieg und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Von Hofrat Prof. Dr. Finger. Anzengruber-Verlag. Wien-Leipzig.

Durch die Geschlechtskrankheiten werden wir mehr Menschen verlieren, als durch den Krieg an sich; die heimkehrenden Soldaten sind eine öffentliche Gefahr. (Hier möchte ich ein Beispiel anführen. Zu Beginn der achtziger Jahre war ich Arzt in einem weltfernen Gebirgsdorf nahe an der österreichischen Grenze. Nahezu plötzlich setzte in den Tälern eine sehr ausgebreitete Gonorrhoeepidemie ein. Mit Hilfe des österreichischen Kollegen gelang es die Quelle zu finden. Oesterreichische Soldaten, die aus Bosnien zurückkehrten, waren die erste Ursache. — Der Ref.) — Verkürzung der Lebensdauer, ein böses Alter, Siechtum und Arbeitsunfähigkeit, Herabsinken der Fruchtbarkeit der Ehe, Steigen der Totgeburten und anderes sind zu bekämpfen. Die zur Behandlung der Geschlechtskrankheiten getroffenen Anstalten sind ungenügend. Namentlich wird der Erfolg der polizeilichen Ueberwachung der Prostituierten überschätzt. Notwendig ist eine Einschränkung der Kurpfuscherei in der Behandlung der Geschlechtskrankheiten. Die Anzeigepflicht wird jedoch nichts nützen.

Namentlich not tut uns eine erzieherische Einwirkung auf unsere Jugend.

Dr. Graßl-Kempten

Strömungen und Gegenströmungen im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten. Von Prof. Dr. Blaschko. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1917, Nr. 14.

Das beste Mittel im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten ist Aufklärung sowohl der Kranken, als der Gesunden. Es muß Vervollkommnung und Erleichterung der Behandlung angestrebt werden, sowie eine fortlaufende ärztliche Kontrolle der anscheinend Geheilten.

Wenn es gelingt durch fortgesetzte Behandlung völlige Heilung zu erzielen und dem gemeinschädlichen Treiben der Kurpfuscher das Handwerk zu legen, dann ist eigentlich alles erreicht, was erreicht werden kann.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Die zukünftige Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Von M. Chotzen-Breslau. Berliner klinische Wochenschrift; 1918, Nr. 2.

Eine allgemeine Meldepflicht der Geschlechtskrankheiten und eine allgemeine zwangsweise Krankenhausbehandlung bis zum Erlöschen der Uebertragbarkeit ist nach Chotzen als eine zu tief einschneidende Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen nicht zu rechtfertigen und aus sozialen Gründen abzulehnen. Dagegen sind die Beratungsstellen, wie sie neuerdings Dank den Bemühungen des Reichsversicherungsamts und dem Entgegenkommen der Landesversicherungsanstalten geschaffen sind und noch geschaffen werden, als außerordentlich wichtig anzusehen, da durch sie die Geschlechtskranken angehalten werden, selbst in den Zeiten, in denen die Krankheit nicht mehr sicht- und fühlbare Erscheinungen macht, ärztlich behandelt zu werden und zwar möglichst ohne Störung im Berufe. Drei Forderungen sind aber zu erfüllen, wenn das Ziel erreicht werden soll, nämlich 1. unbedingte Meldung aller geschlechtskranken versicherungspflichtigen Heeresangehörigen ohne deren Befragung, 2. Aufrechterhaltung des zurzeit bestehenden Verbotes der Behandlung von Geschlechtskranken durch Kurpfuscher, 3. Erweiterung des § 300 St.G.B., die die Angabe eines geschlechtskranken Kassenmitgliedes an den Krankenkassenvorstand ausdrücklich als befugt anerkennt.

Dr. Solbrig-Breslau.

Behandlungszwang und Anzeigepflicht. Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Von Sanitätsrat Dr. Hanauer-Frankfurt a. M. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1918, Jahrgang 26, Nr. 15.

Verfasser beleuchtet die geplante Bestimmung, daß ein Geschlechtskranker sich bei Vermeidung einer Geldstrafe von einem staatlich geprüften Arzte behandeln lassen muß. Verfasser wirft die Frage auf, wenn nun der Kranke nicht weiß, daß er geschlechtskrank ist oder gar erklärt, er wisse überhaupt nicht, was geschlechtskrank sei, oder er sei nicht bewußt gewesen, daß die Krankheit anstecke, wer könne hier überall das Gegenteil beweisen? Was soll geschehen, wenn der Erkrankte sich zwar in Behandlung begibt, aber dann wegbleibt? Die Einführung des Behandlungszwanges sei ein Novum, das tief in das Verhältnis zwischen Arzt und Patient einschneide.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Aerztliche Erfahrungen aus der Beratungsstelle für Geschlechtskranke zu Elberfeld. Von Prof. Dr. Hübner. Münchener med. Wochenschrift; 1917, Nr. 28.

Von 100 Geschlechtskranken, die bis Ende März durchuntersucht wurden in den früheren Jahren luetisch infiziert und behandelt worden waren, und von denen 70 in Krankenhäusern behandelt worden waren, hatten 6 sekundäre Syphilis; von diesen 70 reagierten 53 = 75 % auf Wassermann positiv, waren also noch ansteckungsfähig syphilitisch. Hübner zieht daraus mit Recht den Schluß, daß wir eine erhöhte Syphilisbehandlung dringend notwendig haben, und daß die Beratungsstellen ein Bedürfnis sind. Treffend widerlegt er die Einsprüche der Aerzte. Er schlägt aber nicht den Anzeigezwang vor, sondern begnügt sich mit dem Melderecht der Aerzte. — Referent glaubt nicht, daß man mit dem bloßen Recht durchkommt. Die Aerzte

werden viel zu stark belastet und die Sorge um das liebe Brot wird die praktizierenden Kollegen an der wirkungsvollen Durchführung hindern. Nur der Zwang verspricht völkischen Nutzen. Dr. Graßl-Kempten.

---

2. Malaria.

Kriegserfahrungen bei Malaria. Von Dr. Fritz Munk-Berlin, zurzeit im Felde. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 47 und 48.

Das Krankenmaterial, auf das sich des Verfassers Beobachtungen und Erfahrungen erstreckten, war ein großes, da alle in Polen und Wolhynien im Jahre 1916 vorgekommenen Malariafälle in ein Lazarett eingeliefert wurden, an dem Munk tätig war. In den Baracken war möglichste Vorkehrung getroffen, um Mücken abzuhalten. Parasitenträger durften die Baracken nicht verlassen. Die Infektionsquellen waren in den Malariarezidiven und in den Parasitenträgern zu suchen. Die Diagnose stützt sich am sichersten auf den Nachweis der Parasiten im Blut. Fehlen die erforderlichen Hilfsmittel, so kann der Fieberverlauf die Diagnose sichern, doch können da auch Irrtümer vorkommen. Die Chininbehandlung erfordert fachkundiges Vorgehen und soll im Lazarett erfolgen. Höhere Dosen des Chinins (1,2 g pro die) sind empfehlenswert. Die Kur ist 40 bis 60 Tage fortzusetzen. Von den Kranken konnten 96 Proz. als k. v. entlassen werden. Dr. Solbrig-Breslau.

Praktische Winke zur Erkennung und Verhütung von Malariagefahren. Von Prof. Dr. Mühlens. Deutsche med. Wochenschrift; 1918, Nr. 1.

Da in verschiedenen Gegenden Deutschlands schon Malariaeinschleppungen stattgefunden haben, in vielen Teilen Deutschlands (in Spandau und Umgegend, in Leipzig, bei Hamburg und in den norddeutschen Küstengebieten usw.) reichlich Anophelen sind und bei der Demobilisierung in solche Gegenden auch Parasitenträger kommen, sind die weiteren Folgen gegeben, die die Malariaabwehr zur dringenden Notwendigkeit machen.

Malariafälle werden oft nicht erkannt; deshalb ist in allen Fieberfällen aus Malariagegenden die sofortige Blutuntersuchung nötig. Malariarückfälle entstehen nach verschiedenen Gelegenheitsursachen, können auch bei latenter Malaria künstlich hervorgerufen werden. Dabei ist manifeste Malaria mit Parasiten im peripherischen Blut sicherer zu heilen als latente Malaria. Bei anscheinend chininresistenter Malaria ist stets an Nichtresorption des Chinins infolge von Darmkatarrh zu denken; Chinin selbst kann Diarrhoe verursachen. In schweren Fällen, besonders solchen mit Gehirn- und Darmerscheinungen, sind sofort intramuskuläre und intravenöse Chinininjektionen zu machen, desgleichen auch vor dem Abtransport Schwerkranker. Bei hartnäckiger Chininresistenz und schwerer Malariaanämie ohne Blutneubildung ist Chinin-Salvarsanbehandlung zu versuchen.

Da in manchen Gegenden mit dauernder großer Infektionsgefahr die Chininprophylaxe versagt, muß noch mehr als bisher der größte Wert auf die Maßnahmen gegen die Mücken und ihre Brut gelegt werden, und zwar um so mehr, wenn uns, was wir noch nicht absehen können, das Chinin einmal knapp werden sollte. Die Vernichtung der Malariamücken, wie sie der kriegsministerielle Erlaß vom 16. Januar 1917 vorschreibt, kann nicht dringend genug gefordert werden. Die Durchführung hat nach ärztlichen Ratschlägen unter Leitung von Ingenieuren zu erfolgen. Im Felde ist die Chininprophylaxe unter Aufsicht von Offizieren eine militärische Maßnahme, ebenso die Kontrolle auf sachgemäße Handhabung des Mückennetzschutzes. Die frühzeitig ergreifenden Antimoskitomaßnahmen spielen jedenfalls auch bei der Abwehr der Einschleppung in Deutschland eine wichtige Rolle. Dr. Roepke-Melsungen.

---

3. Das Fünftage- (wolhynisches) Fieber.

Ueber Struktur des Fiebers beim Fünftagefieber. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Goldscheider. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 33.

Der Fieberverlauf des Fünftagefiebers ist nach Goldscheider folgendermaßen zu charakterisieren: Er ist stets periodisch; typisch kann man aber diejenigen Fälle bezeichnen, bei denen die Periodizität rein hervortritt und ohne weiteres erkennbar ist. Die einzelnen Anfälle können dabei in Höhe,

Steilheit, Dauer sehr verschiedene Gestaltung darbieten. Atypisch sind diejenigen Fälle, bei denen der periodische Charakter mehr oder weniger verwischt erscheint. Es gibt Fälle, bei denen der Fieberverlauf teils typisch teils atypisch ist. Es erscheint aber nicht nötig, hieraus eine besondere Gruppe zu bilden. Die rudimentären Anfälle sind hierin eingeschlossen.

Dr. Solbrig-Breslau.

Das wolhynische Fieber. Von Dr. Mosler-Berlin. Berliner klinische Wochenschrift; 1917, Nr. 42.

Verfasser hat in einem Kriegslazarett im Westen die oben genannte Krankheit ausgiebig beobachten können. Er schildert die subjektiven und objektiven Symptome und stellt im Bilde einige Fieberkurven und Abbildungen charakteristischen Hyperalgesien dar. Anamnestisch sind heftige Kopfschmerzen, besonders in der Regio frontalis, Beinschmerzen, Frostgefühl von Bedeutung.

Objektiv kommen Schmerzhaftigkeit der Beinmuskulatur, auch anderer Gegenden, verschiedener Nerven (N. ischiadicus fast konstant), der Schienbeine und dann besonders die Feststellung hyperalgetischer Zonen (über der Glabella, über den mittleren Drittel der medialen Schienbeinfläche, auch an anderen Stellen) in Betracht; dann ist der Fieberverlauf charakteristisch. Um aber sicher jeden Temperaturanstieg zu erkennen, ist es nötig, alle an wolhynischen Fieber Erkrankten mindestens sechsmal täglich zu messen. Die Feststellung der hyperalgetischen Zonen ist ein sehr gutes Criterium zur Beurteilung, ob trotz Fehlens des Fiebers die Krankheit noch besteht.

Dr. Solbrig-Breslau.

Zur Pathologie und Therapie des Fünftagefiebers. Von Dr. Curt Kayser-Berlin, zurzeit im Felde. Berliner klin. Wochenschrift; 1917, Nr. 46.

Verfasser stellte gelegentlich einer größeren Epidemie der Febris wolhynica im Felde fest, daß die meisten Erkrankungen in einem Sumpfgebiet Wolhyniens ihren Ursprung hatten. Dies läßt an sich schon an eine malariaartige Erkrankung denken. Das Fehlen der Parasiten im Blut würde nicht dagegen sprechen, da auch bei der Malaria beim ersten Fieberanfall Parasiten oft nicht gefunden werden. Die vom Verfasser daraufhin vorgenommene exakte Chininkur hatte ausgezeichnete Erfolge. Kayser nimmt an, daß es sich beim Fünftagefieber nicht um eine neue Kriegskrankheit, sondern um eine modifizierte Form der Malaria handle, bei der die Laus statt der Anophelesmücke als Zwischenwirt und Krankheitsüberträger auftritt. Chininprophylaxe und Entlausung sind die wirksamsten Abwehrmaßnahmen.

Dr. Solbrig-Breslau.

---

4. Weilsche Krankheit.

Blutmorphologie der Weilschen Krankheit. Von Prof. Dr. C. Klieneberger-Zittau i. S. Berl. klin. Wochenschrift; 1917, Nr. 28.

Der Hb-Wert kann bei schweren Fällen auf 30 Proz., der R-Wert unter 1800000 sinken. Ferner findet in den ersten Krankheitstagen und bis in die zweite Woche hinein eine starke polynukleäre Leukozytose mit starker Verminderung, meist völligem Verschwundensein der eosinophilen Zellen statt. Allmählich tritt eine Umkehr des Blutbildes in absolute und relative Lymphozytose ein.

Dr. Solbrig-Breslau.

Die Weilsche Krankheit, kritisch-klinische Studie. Von Prof. Dr. C. Klieneberger-Zittau i. S., Chefarzt eines Seuchenlazaretts. Berliner klinische Wochenschrift; 1918, Nr. 2.

Unter Würdigung der maßgebenden Literatur und auf Grund eigner Erfahrungen gibt Verfasser einen Ueberblick über das Krankheitsbild dieser nun bereits in ihrem Wesen und bezüglich des Erregers bekannt gewordenen Krankheit. Die Diagnose mittelschwerer und schwerer Fälle kann als leicht bezeichnet werden. Anamnese, Zustands- und Verlaufsbilder in ihrer Gesamtheit sind typisch. Die nervösen Komplikationen, Anämie, Harnveränderungen gestatten häufig die späte Diagnose, wenn Icterus längst verschwunden ist. Komplikationen mit Typhus, Paratyphus, Ruhr und Diphtherie kommen vor

und können die Diagnose irreführen. Die Prognose galt früher für günstig; sie stellt sich aber wenigstens für die schweren Formen, die in Krankenhausbehandlung kommen, bei etwa 13 Proz. ungünstig. Pulsunregelmäßigkeit, erhebliche Pulsbeschleunigung, schwere Zerebralerscheinungen, hohe Albuminurie zwingen die Prognose recht vorsichtig zu stellen. Bleibende Schädigungen hat Klieneberger bisher nicht feststellen können. Die Behandlung ist rein symptomatisch zu gestalten. Dr. Solbrig-Breslau.

5. Lupus.

Die sozialen Einrichtungen der Lupusheilstätte in Wien (1). Die Lupuskranken in der Armee (2). Von Reg.-Arzt Dr. Spitzer. Das österreichische Sanitätswesen; 1917, Nr. 1—8.

1. Das Bestreben der Anstalt ist, geheilte Lupuskranke als Personal anzustellen, da auch den Geheilten häufig die Anstellung außerhalb der Anstalt sehr schwer fällt. Ferner hat man für die schulpflichtigen Kinder Schulunterricht eingeführt, um ihnen außer der Gesundheit auch die zum Lebenskampfe nötige Schulbildung zu geben; auch besteht die Möglichkeit, daß sie ihre Lehrzeit in den Werkstätten zurücklegen können.

In der 2. Abhandlung faßt der Verfasser das Ergebnis dahin zusammen:

1. Nach der bisherigen Aufnahme ist es kein Zweifel, daß noch viele Lupuskranke in der Armee dienen.

2. Zur Exstirpation geeignete Kranke sollen sofort der Operation zugeführt werden.

3. Imparable Fälle sollen vom Felddienst unter allen Umständen ausgeschlossen sein.

4. Die mit Schleimhautlupus behaften Soldaten sind eine große Gefahr für ihre Umgebung, ebenso die mit nässenden oder ulzerösen Formen behafteten.

5. Alle frisch eingestellten Männer sind in dieser Hinsicht genau zu unetrsuchen und unverzüglich der fachgemäßen Behandlung zuzuführen.

Dr. Wolf-Hanau.

6. Krebs.

Krebs und Krieg. Von Dr. Saalmann-Breslau. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 32.

Kirchner hat im preuß. Abgeordnetenhaus festgestellt, daß wir seit Jahren keine so geringe Sterblichkeit an Krebs gehabt haben und daß namentlich die tötlichen Erkrankungen von Magen- und Darmkrebs, die sonst bei Männern und Frauen 80% aller Krebse zu betragen pflegten, im Jahre 1915 außerordentlich abgenommen haben. Demgegenüber zeigt die Statistik des städtischen Krankenhauses in Breslau, daß die Erkrankungen an Krebs des Digestionstraktus in den Kriegsjahren nicht abgenommen haben; sie lassen eher eine Zunahme der Krebserkrankungen und eine erhöhte Beteiligung der jüngeren Jahrgänge daran während des Krieges schließen. Ob die Vermehrung der Krebse, analog dem gehäuften Auftreten der eingeklemmten Eingeweidebrüche, der Furunkelbildung und Hautausschläge, als indirekte Kriegsfolge zu erklären ist, muß dahin gestellt bleiben. Eine günstige Beeinflussung der Entstehung der Krebse durch die Kriegszeit war von vornherein nicht wahrscheinlich. Dr. Roepke-Melsungen.

7. Sonstige Krankheiten.

Ueber die Oedemkrankheit. Von Dr. A. Lippmann in Hamburg. Zeitschr. f. ärztl. Fortb.; 1917, G. 18.

Wie in anderen dichtbevölkerten Orten wurden während des strengen Winters 1916/17 auch in Hamburg mehrere Fälle von Oedemkrankheit beobachtet und klinisch studiert. Sie betrafen meist Männer im höherem Alter, die bei starker Kälte schwer gearbeitet und das Essen aus den Volksküchen eingenommen hatten. Das Krankheitsbild bestand in Blässe, Oedemen (selten auch Ergüssen in der Leibeshöhle) Pulsverlangsamung und Polyurie bei Bettruhe mit großer Kochsalzausschwemmung. Die Ursache liegt wahrscheinlich in der durch den Krieg hervorgerufenen Unterernährung, die gegenüber der Friedenskost gekennzeichnet ist durch 1. vermehrten Wassergehalt, 2. ver-

mehrten Salzgehalt, 3. Ueberwiegen der Kohlehydrate, 4. Reduktion des Eiweißstoffes und Fehlen des Fettes. Dadurch kommt es zu einem Zerfall des Körpereiweises (Vermehrung des Gesamtazetons, der Kreatininausschwemmung, der Harnsäureausscheidung, des Ammoniakgehaltes im Urin) und zum Fehlen der Blutfette (Lipoide, Neutralfett und Fettsäure im Blut). Im Sinne dieser Theorie ausgeführte Versuche hatten ein positives Ergebnis in der Weise, daß auf dem Boden einer Inanition sich durch vermehrte Wasser- und Salzzufuhr künstlich Oedemkrankheit hervorrufen läßt, besonders wenn Arbeit und Kälte begünstigend mitwirken. Vielleicht bildet die letzte Ursache eine Störung endokriner Drüsen (Schilddrüse), die die Aufspeicherung und Abgabe von Wasser und Salz in den Kreislauf regulieren. Dr. Rehberg-Tilsit.

8. Desinfektion.

Ein kombinierter Apparat zur Sterilisierung von Glassachen, zum sterilen Trocknen von Agarplatten und zur Herstellung von Löffler-Serumplatten (System Vondran-Schürmann). Von Privatdozent Dr. W. Schürmann-Halle a. S. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 26.

Der neue Sterilisationsapparat, hergestellt von der Maschinenfabrik A. Vondran-Halle, wird elektrisch betrieben, ist fahrbar, leicht zu handhaben und eignet sich außer für Heimatlaboratorien und Spitäler auch für Laboratorien in Eisenbahnzügen und fürs Feld. Dr. Roepke-Melsungen.

Die Formalindesinfektion mit und ohne Vakuum. Von Stabsarzt Dr. O. Mayer. Der prakt. Desinfektor; 1917, Nr. 6.

Das zunächst vom Verfasser angegebene Aëroformverfahren, das größere Mengen Formaldehyddämpfe ohne Luftdruckverminderung in womöglich allseitig vorgewärmten Räumen zum Zwecke der Tiefenwirkung längere Zeit bei konstanter Temperatur von etwa 55° C. zur Desinfektion empfindlicher Gegenstände verwendet, ist auch von anderer Seite versucht worden. Die Nachteile der Vacuumapparate (mäßige Tiefenwirkung, die bei keiner der neueren Konstruktionen mehr gesteigert werden konnte, hohe Anschaffungskosten, Umständlichkeit und Schwierigkeit der Bedienung, häufige Reparaturen, starke Abnutzung der Apparate) werden bei dem oben genannten Verfahren vermieden, das wegen der Einfachheit der Bedienung, der sicheren Schonung der Objekte und der ausreichenden Tiefenwirkung empfohlen werden kann.

Dr. Wolf-Hanau.

Die Formalindesinfektion mit und ohne Vakuum. Von Oberingenieur Kretzsch-Weimar. Der prakt. Desinfektor; 1917, Nr. 12.

Das Weimaer Formalin-Dampfluftverfahren ist dem Mayerschen Aeroformverfahren mindestens ebenbürtig und hat dasselbe hinsichtlich der Formalinersparnis und des billigen Preises und der noch einfacheren Ausführung (Fehlen der umständlichen Wasserfüllung des Heizmantels) überholt.

Dr. Wolf-Hanau.

Tagesnachrichten.

In Preußen ist durch Bekanntmachung des Ministers des Innern vom 6. Juli d. J. für die Kriegszeit die **ärztliche Gebührenordnung** erhöht. Die Erhöhung betrifft hauptsächlich die allgemeinen Sätze und zwar die Mindestsätze; sie beträgt 50% (s. Beilage zur heutigen Nummer S. 69). In Bayern ist durch Königl. Verordnung vom 27. Juli 1918 eine ähnliche Erhöhung erfolgt.

Am 15. d. M. hat der Geh. Med.-Rat Dr. **Albert** in Meisenheim sein **50jähriges Doktorjubiläum** gefeiert und die Universität Marburg in Anerkennung seiner Verdienste um die ärztliche Kunst und Wissenschaft sein Doktordiplom erneuert. Auch wir senden dem Jubilar die herzlichsten Glückwünsche zu seinem Jubiläum mit dem Wunsche, daß ihm noch viele Jahre in der bisherigen körperlichen und geistigen Frische vergönnt sein mögen!

Das illustrierte Tuberkulose-Merkblatt des Hannoverschen Provinzial-Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose in Hannover hat eine neue Auflage erfahren. Es ist besonders zur Verteilung in den Fürsorgestellen bestimmt. Damit die Fürsorgestellen durch die Verteilung des Merkblattes nicht nur aufklärend und belehrend wirken, sondern auch für sich Propaganda machen können, ist der Kopf des Merkblattes mit einem entsprechenden Vordruck versehen worden, in dem durch Aufdruck mit Stempel der Name und die Sprechstundenzeit der Fürsorgestelle eingetragen wird. Auch am Schluß des Merkblattes kann ein Hinweis auf die Tätigkeit der Fürsorgestelle durch Stempelaufdruck eingefügt werden. Das Merkblatt ist auch in Plakatform erschienen. Die Plakate sind zum Aufhängen in öffentlichen Gebäuden, Schulen, Fabriken, Warteräumen bestimmt. Auch hier kann durch Stempelaufdruck ein Hinweis auf die nächste Fürsorgestelle eingefügt werden. Der Preis des Merkblattes beträgt für die einzelne Nummer 10 Pfg., für je 50 Stück 2 Mk., für je 100 Stück 3 Mk., für je 1000 Stück 22 Mk., in Plakatform das Stück 40 Pfg.

Vom 16. bis 19. September findet in Wien unter dem Allerhöchsten Protektorate Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin und Seiner Kaiserlichen und Königlichen Hoheit des Durchlauchtigsten Herrn Admirals Erzherzog Karl Stefan ein **Kongreß für Kriegsbeschädigtenfürsorge** statt, gemeinschaftlich veranstaltet von der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge, der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft und der Prüfstelle für Ersatzglieder (Verein „Technik für die Kriegsinvaliden“), Wien.

Am Sonntag, den 15. September, abends gesellige Zusammenkunft für die ankommenden Gäste; der Ort wird noch bekanntgegeben werden. Am folgenden Tage findet dann vormittags im Oesterreischen Abgeordnetenhause die Tagung der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge statt, am nächsten Tage folgt dann nachmittags 3 Uhr die Tagung der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft, die ihre Beratungen am Mittwoch, den 18. September fortsetzen wird. Den Schluß bidet am Donnerstag, den 19. September 9 Uhr vormittags die Generalversammlung des k. k. Vereines „Technik für die Kriegsinvaliden“. Bestellungen auf Wohnung sind umgehend beim Präsidenten des Kongresses: Prof. Dr. Spitzy, Wien IX., Frankgasse 1 oder beim Sekretär der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge, Herrn Walter Trojan, Berlin-Zehlendorf, Kronprinzen-Allee 171, anzumelden.

Alle reichsdeutschen Teilnehmer werden gebeten, wenn irgend möglich gemeinsam mit einem bestimmten Zug von Berlin bezw. Dresden nach Wien zu fahren. Der einzige Zug, der für diese gemeinsame Fahrt in Frage kommt, verläßt am Sonnabend den 14. September, abends 7,04 Berlin, Anhalter Bahnhof und trifft über Tetschen kommend am Sonntag, den 15. September früh 10,09 in Wien ein. Durch die gemeinsame Fahrt soll die für den Einzelnen sehr umständliche Paßkontrolle vereinfacht werden. Es ist notwendig, daß sich jeder Teilnehmer sofort von der Polizei einen Auslandspaß für diese Reise nebst den erforderlichen Lichtbildern neuerer Herstellung ausstellen und ihn von dem zuständigen K. K. österreichischen Konsul unter Vorzeigung der Einladung visieren läßt. Es wird um rechtbaldige Anmeldung der Teilnahme an der Reise gebeten. Die gemeinsame Ankunft in Wien hat außerdem den Vorteil, daß die Unterbringung und Versorgung der Teilnehmer leichter von statten geht.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse:

Stabsarzt d. Res. Dr. Scholand, Kreisarzt in Olpe (Westfalen).

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

31. Jahrgang; Nr. 17. Ausgegeben am 5. September 1918.

ZEITSCHRIFT
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung erscheint diesmal nicht, sondern wird der nächsten Nummer als Doppelnummer beigefügt.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Titel Professor: dem Privatdozenten Dr. Paul Reyher in Berlin; — das Kriegsverdienstkreuz: dem Kreisarzt Dr. von Fewson in Ahrweiler.

(Fortsetzung der Personalien auf der 5. und letzten Seite des Umschlags.)

31. Jahrg. **Zeitschrift** 1918.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 17.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Sept.

Eignet sich die Hebamme zur Säuglingsfürsorgerin?

Referat erstattet von Hofrat Dr. **Hans Dörfler** in Weißenburg i. B.

Herr Direktor Dr. Rissmann-Osnabrück hat mich für die diesjährige Tagung der Vereinigung zur Förderung des Deutschen Hebammenwesens um ein kurzes Referat über obenstehendes Thema ersucht und mir folgende zwei Fragen zur Beantwortung vorgelegt:

1. „Welche Resultate haben Sie **allein mit Hebammen** in der neusten Zeit erzielt bei der Säuglingsfürsorge? Sind sie andauernd gut wie früher?"

2. „Glauben Sie, daß sich der Dienst einer Hebamme und der einer Säuglingsfürsorgerin vereinigen läßt?"

Zu 1. Obwohl ich seit 1912 nicht mehr Bezirksarzt bin und so naturgemäß nicht mehr in starker Fühlung mit den von mir im ganzen Bezirksamt Weißenburg (30000 Seelen) als Säuglingsfürsorgerinnen aufgestellten Hebammen stehe, habe ich es doch für meine Pflicht gehalten, der Aufforderung Rissmanns Folge zu leisten, da ich ja wohl als erster in Bayern die Hebammen insgesamt zur Säuglingsfürsorge herangezogen und diese Organisation 1912 in einem zu Regensburg

gehaltenen öffentlichen Vortrag auf Grund einer dreijährigen Vorprobe lebhaft empfehlen durfte. Ich konnte die Aufgabe um so eher übernehmen, als ich auch nach dem Ausscheiden aus meinem Amte Leiter der Säuglingsfürsorgestelle geblieben war und durch die sachverständige eifrige Mitarbeit meines Nachfolgers, des Herrn Bezirksarztes Dr. Aschenbrenner, jeder Zeit das gutgesichtete Material zur Verfügung hatte. Vor allem aber schien es mir angesichts der gegenwärtigen Zeitperiode mit ihrer gebieterischen Forderung einer tatkräftigen Bevölkerungspolitik geradezu erwünscht, soviel an mir lag, dazu beizutragen, die Frage der besten Säuglingsfürsorge auf dem Lande, und das ist ja meiner Ansicht nach die uns beschäftigende Hebammeneignungsfrage, aus dem Stadium der Erörterung in das der endlichen Verwirklichung hinüberzuführen. Nachdem der Bundesrat die Richtlinien für eine Hebammenreform den Bundesstaaten hinausgegeben hat, damit diese auf der Basis dieser Grundlinien ihre landesgesetzlichen Vorschriften erlassen, nachdem Bayern insbesondere durch die Fünfmillionenstiftung des Königs für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in kürzester Zeit große Mittel für unseren Zweck flüssig machen wird, hieß es rechtzeitig auf dem Plan erscheinen, wenn die aus diesen Quellen fließenden Mittel und Wege in das richtige Strombett auch für unsere Frage geleitet werden sollten.

In der am 17. Mai 1912 zu Regensburg abgehaltenen Jahresversammlung der bayerischen Zentrale für Säuglingsfürsoge hatte ich einen Plan der Organisation der Säuglingsfürsorge auf dem flachen Lande des Bezirksamts Weißenburg vorgelegt, der folgende auf unsere Frage bezügliche Punkte verwirklicht hatte: 1. Aufstellung einer Fürsorgerin für jeden Säugling; diese hat den Säugling im ersten Lebensjahr alle 14 Tage, im zweiten Lebensjahr alle 4 Wochen aufzusuchen; 2. Fürsorgerin ist die Hebamme für die Kinder, bei deren Geburt sie Beistand geleistet hat. 3. Die Unterweisung der Hebamme für ihre Fürsorgetätigkeit geschieht durch den Bezirksarzt und durch eine den Hebammen in die Hand gegebene Fürsorgeanweisung (Stillen, künstliche Ernährung, erster Rat bei Ernährungsstörungen usw.). 4. Verpflichtung der Hebammen, am Ende jeden Vierteljahres Kontrollbögen dem Amtsarzt vorzulegen. 5. Honorierung der Hebammen nach Zahl der Kinder und Wohnungsentfernung (schwankend zwischen 30—60 M. pro anno). 6. Hebammenprämien für besondere Leistungen (zwischen 10—30 M.). 7. Ausstattung der Hebammen mit Soxlethapparaten.

Ich bemerke, daß es sich bei dem Bezirksamt Weißenburg vorwiegend um ein Gebiet mit Landwirtschaft treibender Bevölkerung handelt, die sich auf 3 kleine Städte von 2000 bis 3000 Einwohner und 63 Landgemeinden verteilt. Die Stadt Weißenburg ist unmittelbar, gehört nicht zum Bezirksamt und scheidet somit für unsere Betrachtung aus; hier wird die Fürsorge von einer der Milchküche vorstehenden Fürsorgeschwester

und freiwilligen Helferinnen mit bestem Erfolg ausgeführt, so daß die vor 1906, also vor der Zeit der Gründung der Säuglingsfürsorgestelle, aus dem 10 jährigen Durchschnitt berechnete Säuglingssterblichkeit von 29 % auf 7,0 % des Jahres 1917 zurückgegangen ist.[1]) Diese Stadt ausgenommen versehen also seit 1909 den Dienst einer Säuglingsfürsorgerin in einem Teil des Bezirksamtes, seit 1912 im ganzen Bezirksamtsgebiet allein die Hebammen. Der Zeitraum von 1912 bis 1917, in dem aber alle Hebammen allein als Säuglingsfürsorgerinnen gewirkt haben, soll unserer Erhebung zu Grunde gelegt werden. Ich habe diesen Zeitraum in der nachstehenden Tabelle gegenübergestellt dem Zeitraum von 1899 bis 1908, einem Zeitraum, in dem in unserem Bezirksamtsgebiet von Säuglingsfürsorge noch keine Rede war.

Betrachten wir diese Tabelle etwas genauer, so ergibt sich zunächst, daß die vor Einführung der Säuglingsfürsorgetätigkeit im ganzen Bezirk herrschende Säuglingssterblichkeit von 32,5 % auf 17,2 % in der Zeit nach deren allgemeiner Durchführung gesunken ist; also fast 50 % weniger Säuglinge sind in unserem Bezirk gestorben, seit wir die Hebammen als Fürsorgerinnen aufgestellt haben. Was lehren uns diese Zahlen zunächst?

Sie lehren uns, daß auf dem Lande in der Tat die Säuglingssterblichkeit sofort und kräftig sinkt, wenn allein durch alle Hebammen ohne Ausnahme die Fürsorge ansgeübt wird.

Alle Hebammen, die schlechtesten, mittelmäßigen, guten und allerbesten sind ohne Ausnahme an diesem Rückgang beteiligt. Diese Konstatierung unserer Tabelle ist um deswillen wichtig, weil unsere Empfehlung, den Hebammen die Säuglingsfürsorge auf dem Lande zu übertragen, häufig der Einwand entgegen gehalten wurde, „ja, es mag ja auch unter den Hebammen hie und da eine tüchtige Hebamme sich als geeignet erweisen, viele, ja die Mehrzahl wird nicht genügen.“ Unsere Statistik spricht demgegenüber eine andere Sprache. Man kann es ruhig aussprechen: Keine der Hebammen, es handelt sich meist um unbemittelte einfache Gütlers- oder Handwerkerfrauen, hat total versagt; etwa die Hälfte von ihnen bleibt allerdings unter dem Durchschnitt (15,3 %) zurück und schwankt bei ihnen die Abnahme zwischen 4,8—14,5 %, aber auch unter den schwierigsten Verhältnissen, auch im Wirkungskreis der bezüglich des Charakters am schwächsten zu qualifizierenden Hebammen verzeichnen wir Rückgänge von 15 bis 20 % in dem Zeitraum von 6 Jahren. In einem Falle (Nr. 18) beträgt der Rückgang in den ersten vier Jahren auch nur 9,1 % (von 32,7 auf 23,6 %), er hebt sich aber dann ganz außerordentlich und

---

[1]) Der hier erreichte Erfolg ist in erster Linie der Milchküche, in zweiter Linie der alle 14 Tage erfolgenden Nachschau durch die nicht ausgebildete Milchküchenschwester und zwei nebenamtlich arbeitenden Damen sowie den Aerzte-Beratungsstunden zu verdanken.

Bezirke. Fortlfd. Nr.	Name des Säuglingsfürsorgebezirks und der fürsorgenden Hebammen	Zeit vor Einführung d. Säuglingsfürsorge: Zahl der 1899 bis 1908 geborenen Kinder	Zahl der von 1899-1908 i. 1. L.-Jahr verstorb. Kinder	Säuglings-Sterblichkeit 1899-1908	Zahl der geborenen Kinder in den Jahren 1912	1913	1914	1915	1916	1917	Zahl der im 1. Lebensjahr gestorbenen Kinder 1912	1913	1914	1915	1916	1917
1	Solnhofen - Eßlingen Hebamme Albrecht	558	199	35,6	47	51	40	28	20	12	8	17	6	3	7	1
2	Pappenheim - Geislohe Zimmern-Uebermatzhofen Hebamme Bauer	724	176	24,3	61	71	57	47	21	35	7	5	5	4	3	4
3	Langenaltheim Heb. Dümmler, Heb. Forster	421	296	70,3	81	66	70	54	34	41	16	26	6	14	6	7
4	Emetzheim-Holzingen-Kattenhochstatt Heb. Eckerlein sen. u. jun.	147	30	20,4	18	16	17	9	13	9	1	0	0	1	1	0
5	Dettenheim - Haardt - Schambach-Graben Heb. Fellner	259	54	20,8	21	30	33	23	16	13	0	6	4	4	2	2
6	Neudorf Heb. Fleischmann u. Schlund	360	108	30,0	29	32	39	26	16	11	4	4	7	5	2	2
7	Stopfenheim-Tiefenbach Hebamme Griesmeier	297	122	41,0	34	24	36	2[illegible]	10	7	4	5	6	11	1	4
8	Weimersheim-Hattenhof-Schmalwiesen; Heb. Katheder	123	29	23,5	7	12	14	26	11	0	1	1	1	5	0	0
9	Nennslingen-Burgsalach Hebamme Lehmeier	569	149	26,1	54	40	30	2	24	14	8	7	3	0	9	3
10	Dietfurt Heb. Lutz	121	38	31,4	9	14	7	11	7	13	1	3	0	3	2	0
11	Oberhochstatt - Kehl - Niederhofen Heb. Mandel	325	78	24,0	16	21	35	21	25	12	5	4	3	3	4	1
12	Pleinfeld Heb. Heider	841	285	33,9	71	71	72	56	28	44	12	18	12	16	3	9
13	Ettenstatt - Fiegenstall - Reuth Hebamme Reichert	408	91	22,3	28	41	43	14	12	14	3	4	9	6	3	0
14	Ellingen Heb. Schillinger, Heb. Korner	654	212	32,4	47	48	63	33	38	32	10	10	10	8	3	6
15	Alesheim-Störzelbach-Wachenhofen-Gundelsheim Hebamme Schmidt	212	43	20,2	25	22	29	14	11	12	3	1	3	7	1	4
16	St. Veit - Ramsberg - Walkerszell-Dorsbrunn Hebamme Schuster	389	204	60,2	37	59	46	25	10	17	14	7	8	8	1	5
17	Bergen-Kaltenbuch-Pfraunfeld Hebamme Vogt	313	76	24,2	45	36	51	40	38	16	9	7	4	3	3	5
18	Raitenbuch-Reuth Hebamme Bakkert	355	116	32,7	22	35	29	8	18	9	3	7	6	6	0	0
19	Walting-Mannholz Heb. Kurer, Heb. Reinwald	234	69	29,5	18	17	22	13	11	12	1	5	6	4	3	4
20	Bieswang Heb. Boscher	201	53	26,4	23	21	25	14	14	5	1	3	0	4	4	0
		7461	2428	32,5												
		Gesamtziffer der in diesem Zeitraum 1899-1908 für den ganzen Bezirk berechneten Säuglingssterblichkeit														

Gesamtzahl der von 1912 bis 1917 geborenen Kinder	Gesamtzahl d. im 1. Lebensjahr von 1912-1917 gestorbenen Kinder	Säuglingssterblichkeit 1912 bis 1917	Zahl der gestillten Kinder	Zahl der mit Soxleth versorgten Kinder	Wirtschaftlicher Ernährungsstand der Bevölkerung	Religiöses Bekenntnis der Bevölkerung
198	42	21,1 %	83,0 %	4,0 %	arm u. viel Steinbrucharb.-Bev.	protestant.
292	28	9,5 „	99,0 „	0,0 „	wohlhabend	„
346	75	21,6 „	81,0 „	3,5 „	arm, viel Steinbrucharbeiter	„
82	3	3,6 „	91,6 „	73,0 „	wohlhabend	„
136	18	13,2 „	77,0 „	1,2 „	„	„
153	24	15,6 „	72,0 „	9,0 „	auskömmlich	„
132	31	23,4 „	79,0 „	1,2 „	„	katholisch
70	8	11,4 „	100 „	19,0 „	wohlhabend	prot.
164	30	18,2 „	70,0 „	2,5 „	„	„
61	9	15,7 „	69,0 „	0,0 „	„	„
130	20	15,3 „	73,0 „	4,5 „	auskömmlich, viel Waldarbeiter	„
342	70	20,4 „	61,5 „	0,0 „	arm	kath.
152	25	16,4 „	81,0 „	20,3 „	wohlhabend	prot.
261	47	18,0 „	76,0 „	1,4 „	arm	kath.
113	19	16,8 „	80,0 „	9,0 „	wohlhabend	prot.
194	43	21,1 „	49,0 „	0,0 „	arm	kath.
226	31	13,7 „	89,0 „	11,5 „	wohlhabend	gemischt
121	22	18,2 „	78,0 „	0,0 „	z. T. wohlhabend z. T. arm	kath.
93	23	24,7 „	80,5 „	0,0 „	teils wohlhabend, teils arm	„
102	12	11,7 „	68,0 „	0,0 „	wohlhabend	prot.
3368	580	17,2 %	77,8 %	7,8 % von sämtl. Neugeb. erhielten im ganzen Bezirk Soxlethapparat nach dem Abstillen		

Gesamtziffer für den ganzen Bezirk für den Zeitraum von 1912—1917 berechnet.

erreicht dadurch einen Gesamtrückgang von 14,5 %. Dies hat seinen besonderen Grund: Gerade in diesem einzigen Bezirk hat in dem letzten Quienquennium ein dreimaliger Hebammenwechsel stattgefunden; lange war er ganz verwaist. Der Umstand, daß auf diese Weise die Säuglinge oft ein halbes Jahr ohne Fürsorge blieben, zeigt eindringlich, wie verderblich das Fehlen der Hebamme auf die Sterblichkeit der Säuglinge zu wirken im Stande ist; gerade in diesem Bezirk sehen wir aber mit Genugtuung die erfreuliche Tatsache, daß sofort mit der Wiederaufnahme der Tätigkeit seitens der alten Hebamme in den letzten 2 Jahren unter 27 Geburten kein einziger Todesfall eines Kindes unter einem Jahre vorgekommen ist, daß also beim Stabilwerden der Hebammenfürsorge auch dieser Bezirk bald zu einem besseren zu zählen sein wird.

Bei denjenigen Hebammen, deren Bezirk noch eine unbefriedigende Säuglingssterblichkeit zeigt, weist unsere Tabelle aber deutliche, nicht in der Hebammenfürsorge begründete wichtige Entlastungsmomente auf. Die Tabelle lehrt, daß die heute noch als zu hoch zu bezeichnende Säuglingssterblichkeit von 20 bis 25 % nur in solchen Bezirken zu finden ist, die in der Tabelle mit „arm“ oder „Arbeiterbevölkerung“ bezeichnet sind. Es sind dies von 20 Hebammenbezirken 7, von denen 4 als „arm“, 2 als gemischt aus arm und wohlhabend, einer als „auskömmlich“ bezeichnet sind. Auffällig und für unsere Geistlichkeit lehrreich ist, daß aus diesen 7 ein ungenügendes Ergebnis zeigenden Hebammenbezirken nur 2 protestantische, aber 5 katholische Bevölkerung aufweisen. Alle übrigen guten 13 Bezirke sind protestantisch. Nun ist die protestantische Bevölkerung in unserer Gegend mit Abstand die wohlhabendere, die katholische Bevölkerung entweder nur in auskömmlichen oder gar armen Verhältnissen lebend. Armut und vorwiegend Arbeiterbevölkerung mit ihrer wirtschaftlich schlechten Position sind aber bekanntlich zwei Momente, die gerade für die Säuglingssterblichkeit von ungünstigerer Wirkung zu sein pflegen. Daß die dort arbeitenden Hebammen nicht die gleichen Erfolge aufweisen können wie die in wohlhabenden Gegenden wirkenden, leuchtet jedem Kenner der Verhältnisse ein. Auch die tüchtigste Hebamme ändert dort die Verhältnisse nicht von Grund aus; oft wird ihre Mühe vergeblich sein, aber sicher noch vielmals erfolgreicher als eine etwa ein höchstens zweimal im Jahre wiederkehrende Wander- oder Kreisfürsorgerin, die ja nicht wie die ständig am Orte anwesende Hebamme die so wichtige fortlaufende unentwegt einwirkende Mutterberatung auszuführen im Stande ist. In solchen Gegenden müssen eben neben der säuglingsfürsorgenden Hebamme anderweitige Einrichtungen wie Milchküchen, Krippen usw. herangezogen werden, wenn auch hier die niedrigsten Sterblichkeitszahlen erreicht werden sollen. Sicher darf aus der höheren Säuglingssterblichkeitszahl solcher armen, von Arbeiterbevölkerung bewohnten Dörfern nie und nimmer der Schluß gezogen werden, daß diese

Zahlen nun gerade die Minderwertigkeit der Hebammen als Säuglingsfürsorgerinnen beweisen. Gerade in einem unserer bedrohtesten Säuglingsbezirke haben wir 2 besonders tüchtige Hebammen als Fürsorgerinnen. An ihnen liegt sicher nicht der dort bisher vermißte volle Erfolg. Die Verbreitung der Tuberkulose in dem betr. Steinbruchgebiete, die schlechten Wohnungsverhältnisse, die Armut, das Fehlen von Milchküchen und Kinderkrippen sind hier die ursächlichen ausschlaggebenden Momente.

In meinem Regensburger Vortrag 1912 habe ich die Hebammen in Gruppen geteilt, von 25 Hebammen 8 als vorzüglich geeignet, 12 als gut, 2 als mittelmäßig und 3 als absolut ungeeignet, also von 25 Hebammen 22 als zweifellos ausgestattet mit den Eigenschaften, die wir benötigen, bezeichnet. Heute 1918 bin ich nach dem Ergebnis meiner Tabelle gezwungen, die strenge Qualifikation von 1912 nicht nur nicht zu verschärfen, sondern sie ganz bedeutend zugunsten der Hebammen hinaufzusetzen. Unsere Tabelle zeigt ja, daß auch die schlechteste Hebamme nicht ganz versagt hat; ich kann daher heute keine einzige Hebamme von 25 als ganz ungeeignet mehr bezeichnen. Natürlich dürfen wir die Hebammen nicht ganz allein nach dem Prozentsatz der erreichten Säuglingssterblichkeit beurteilen; wie oben schon erwähnt, spielen bei der Säuglingssterblichkeit doch noch ganz andere gewichtige Punkte eine große Rolle. Das aber soll nicht bestritten werden. daß es gewaltige Unterschiede in der Brauchbarkeit der Hebammen als Säuglingsfürsorgerinnen gibt. Es ist unverkennbar: Bei sonst gleichen hygienischen und sozialen günstigen Zuständen leuchtet die vorzügliche Hebamme mit ihren Leistungen hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit so glänzend über ihre minderwertigeren Kolleginnen hervor, daß man schon aus diesem Unterschied die ausgezeichnete Brauchbarkeit einer tüchtigen charaktervollen Hebamme für die Säuglingsfürsorge erkennen muß. Werfen wir wieder einen Blick auf unsere Tabelle: Da haben wir unter unseren Hebammen 4, die es fertig gebracht haben, die Säuglingssterblichkeit im Laufe von 5 resp. 9 Jahren von 24,3%, 20,4% 23,5% und 26,4% auf 9,5%, 3,6%, 11,4% und 11,7%, also auf die niedrige Ziffer von 3,6% bis 11,7% herabzusetzen. Darunter sind die 3 allerbesten Hebammen, die von Emetzheim (Mutter und Tochter) und Pappenheim, von denen die erste die Säuglingssterblichkeit von 20,4% vor unserer Fürsorge auf 3,6%, sage und schreibe 3,6%, die letztere von 24,3% auf 9,5% allein durch ihre Pflichttreue herabgesetzt haben. Dabei handelt es sich um ganz einfache Handwerkersfrauen; die beiden ersteren sind Frau und Tochter eines kleinen ländlichen Gütlers und Schuhmachers. Bei den beiden allerbesten Hebammen, Mutter und Tochter in Emetzheim mit ihren 3,6% Säuglingtssterblichkeit, gestatten Sie mir der Wichtigkeit halber, einen kleinen Augenblick zu verweilen, der Fall ist zu lehrreich. Worin liegt das Geheimnis des Erfolges dieser einfachen Frauen? Der Erfolg liegt ganz

allein in der großen vorbildlichen Pflichttreue, mit der sie meinen und meines Nachfolgers Anweisungen nun seit 1909 unermüdlich nachgekommen sind. Sie sind so völlig auf unsere Intentionen eingegangen, daß erstens 91,6 % der Wöchnerinnen gestillt und 73 % nach dem Abstillen den Soxleth-Apparat benutzt haben, und dies in 3 Bauerndörfern auf dem flachen Lande, allerdings bei wohlhabenden Bauern und Kleingütlerbevölkerung, aber auch unter Ueberwindung der anfangs nicht geringen Widerstände der Mütter! Dieser klassische Fall eines total gelungenen Säuglingsfürsorgeexempels lehrt uns, daß eine einfache Bauernhebamme wohl imstande ist, den höchsten Anforderungen einer Säuglingsfürsorgerin zu genügen, daß die speziell von Kinderärzten geforderte in neunmonatlichen Kursen auszubildende Säuglingsfürsorgerin oder Wanderfürsorgerin nicht nur durch die schon vorhandene Hebamme, wenn sie nur charaktervoll und pflichttreu ist, ersetzt, ja tausendmal durch ihre Erfolge übertroffen werden muß. Das aber mögen sich die Zweifler unter den Kinderärzten, die glauben, mit einem Schema der künstlichen Ernährung nach Soxleth sei bei der offenen Säuglingsfürsorge nichts anzufangen, aus diesem Falle entnehmen, daß sie ganz Unrecht haben.

Die fünfjährige Durchschnittssterblichkeit von 3,6 % wurde hier nur erreicht, weil die Mutterbrust beinahe in allen Fällen vom Soxleth-Apparat nach dem Stillen abgelöst wurde, d. h. von einer künstlichen Nahrung, die nach einem den Hebammen in die Hand gegebenen Schema zubereitet wurde. Hier wurde nicht individualisiert. Es kann kein Zweifel darüber bestehen, daß ein einfaches Schema für künstliche Ernährung, den Hebammen für die Zeit nach dem Abstillen in die Hand gegeben und im Soxleth-Apparat zur Ausführung gebracht, immer noch besser ist als Nichts und tausendmal mehr Nutzen bringt als das Fortwursteln in alten gesundheitsschädlichen Gebräuchen. Die zweitbeste Hebammenfürsorgerin in Pappenheim mit 99,0 % stillenden Müttern hat wohl die zweitniedrigste Säuglingssterblichkeit von 9,5 % errungen; sie ist aber doch mangels des Gebrauchs der Soxleth-Apparate und infolge der nach dem Abstillen bei unkontrollierbarer künstlicher Ernährung doch hie und da eintretenden gefährlichen Ernährungsstörungen um volle 6 % gegen die Hebamme von Emetzheim zurückgeblieben. Daß übrigens eine Hebamme 99 % ihrer Entbundenen zum Stillen bringt, beweist wieder, was die Bevölkerung in einer guten Hebamme für die Säuglingsfürsorge für einen Schatz besitzt. Daß es bei allgemeiner Durchführung des Stillens und einer möglichst einwandfreien künstlichen Ernährung nach dem Abstillen gelingt, eine Säuglingssterblichkeit durch die Hebamme auf 3,6 % herabzusetzen, ist ein schlagender Beweis dafür, daß wir wohl immer und immer wieder das Stillen an die Spitze unserer Bestrebungen stellen müssen, daß aber erst dann ein voller Erfolg erzielt werden kann, wenn auch die

künstliche Ernährung in richtige Bahnen gebracht wird. Und wie sollte dies auf dem flachen Lande, wo jeder Bauer seine Not hat, anders möglich sein als durch Einführung der Soxleth-Apparate mittels unserer allezeit anwesenden Hebammen? Daß wir in unserem Bezirk in den letzten sechs Jahren von 3368 Säulingen nur 7,8% den Soxleth-Apparat haben zuwenden können, beweist, mit welch großen Widerständen die Hebammen hier zu kämpfen haben. Aber auch diese Widerstände sind zu überwinden, wie der Emetzheimer Bezirk mit seinen 77% Soxlethapparatkindern beweist. In dieser Hinsicht muß eben mit Belehrung und Zwang den Hebammen gegenüber von dem Amtsarzte nicht nach gelassen werden, die Hebammenprämie sich automatisch nach der Zahl der Stillenden und der Soxlethmütter steigern und auch von Regierungsseite der entsprechende Druck in dieser Hinsicht ausgeübt werden. Daß die Hebamme, die täglich befragt werden kann, auch hier die gegebene Pionierin ist, darf nach meiner Erfahrung nicht mehr bezweifelt werden.

Den ganz vorzüglichen 4 Hebammen sind nahezu ebenbürtig fast alle übrigen Hebammen an die Seite zu stellen, denen es gelungen ist, die in früheren Jahren nachgewiesene hohe zwischen 20,2—70,3% schwankende Säuglingssterblichkeit in einem Zeitraum von 6 Jahren auf 13,2—24,7% herabzusetzen und so mit einem Schlage die krasse Sterblichkeit aus ihren Gemeinden zu bannen; auch sie können mit Fug und Recht das Prädikat als gute Säuglingsfürsorgerinnen für sich in Anspruch nehmen, die mit den kleinsten Zahlen besonders dann, wenn schon vor unserer Säuglingsfürsorge in ihrem Bezirk die Säuglingssterblichkeit keine besonders hohe gewesen ist. Dies gilt auch betreffs derjenigen Hebammen (6), in deren Bezirk die Säuglingssterblichkeit jetzt noch 20% übersteigt (20,4 bis 24,7%), denn sie haben nach unserer Tabelle, trotzdem sie unter besonders schwierigen Verhältnissen arbeiten müssen, soviel geleistet, daß sie als brauchbare Helferinnen angesehen werden müssen.

So können wir es schließlich mit vollem Recht aussprechen, daß sich in unserem Bezirk die Hebammen als Säuglingsfürsorgerinnen alle als nützlich erwiesen haben.

Von Herrn Kreis- und Regierungsmedizinalrat Dr. Miller-Ansbach ist nun unser im kleinen durchgeführtes Experiment der Hebammenfürsorge auf den ganzen Regierungsbezirk ausgedehnt worden. Seit 1912 wirken dort alle Landhebammen als Säuglingsfürsorgerinnen. Wir haben also dank der Initiative des Chefs unseres Kreissanitätswesens ein Experiment im großen ausgeführt zur Verfügung. Wie mir Herr Kreismedizinalrat mitteilt, „sind in Mittelfranken sämtliche Landhebammen (ca. 400) mit ganz verschwindenden Ausnahmen zur Fürsorgetätigkeit herangezogen. Wegen der Konkurrenz sind sie in der Fürsorgetätigkeit etwas beengt. Im allgemeinen werden sie von dem Amtsarzte gelobt: „etwa **50% sind gut brauchbar.**“

Ich meine, daß wir bei der Erörterung der Frage, ob sich die Hebammen zur Fürsorge eignen, mit diesem Ergebnis zunächst vollauf zufrieden sein können. Unsere Landhebammen sind zu allermeist, abgesehen von den wenigen, die in den letzten 5 Jahren erst die Hebammenprüfung abgelegt oder einen Wiederholungskursus durchgemacht haben und hierbei in Säuglingspflege unterrichtet und geprüft wurden, nur ganz wenig, einfach durch den Amtsarzt in mehrfachen Vorträgen mit ihrer Aufgabe vertraut gemacht und so „losgelassen“ worden. Wenn von 400 solchergestalt kürzlich ausgebildeten Hebammen heute schon 200 als „gut brauchbare“ Säuglingsfürsorgerinnen von dem Amtsarzt bezeichnet werden, wie ganz anders und besser muß sich das Verhältnis erst gestalten, wenn, wie es in der Bayer. Min. Entschl. vom 28 Juli 1914 angeordnet ist, allgemeine Unterweisungskurse für Hebammen in Säuglingsfürsorge zur Durchführung gebracht sind und die alljährlich einmal wiederholende Belehrungsarbeit der Kreisfürsorgerin ihre Früchte zu tragen anfängt. Und welch ein Segen muß heute schon von den 200 gutbrauchbaren Hebammen für unsere Neugeborenen ausgehen, um die sich früher niemand gekümmert hat? Also auch dieses Experiment im großen spricht zweifellos für die Brauchbarkeit der Hebammen als Säuglingsfürsorgerinnen.

Soll ich darnach die Antwort auf Rissmanns erste Frage formulieren, so muß sie rückhaltlos folgendermaßen lauten:

> Die Ergebnisse, die im Landbezirk Weißenburg i. B. mit einer Bevölkerungsziffer von ca. 30000 Einwohnern mit unseren 25 als Säuglingsfürsorgerinnen aufgestellten Hebammen beim Fehlen jeder anderen Einrichtung gewonnen worden sind, sind recht befriedigende. Keine Hebamme hat sich als unbrauchbar erwiesen. Manche Hebammen haben Rekordziffern geschaffen, viele Hervorragendes geleistet. Die Gesamtsterblichkeit, die vor der Aufstellung der Hebammen als Säuglingsfürsorgerinnen im Bezirk 32,5 % betrug, ist in dem sechsjährigen Zeitraum von 1912—1917 auf 17,2 % gesunken, in einem Bezirk ist die Säuglingssterblichkeit von früher 20,4 % durch die Tätigkeit der Hebammen auf 3,6 % gefallen.
>
> Die Resultate des Regierungsbezirks Mittelfranken mit seinen als Säuglingsfürsorgerinnen wirkenden 400 Landhebammen sprechen ebenfalls zweifellos für die Brauchbarkeit der Hebammen als Säuglingsfürsorgerinnen.

Zu 2. Bevor ich die zweite Frage Rissmanns „ob sich der Dienst einer Hebamme mit dem einer Säuglingsfürsorgerin vereinigen läßt,“ beantworte, muß ich der Antwort kurz einige Bemerkungen voranschicken.

Was haben wir für eine gedeihliche Säuglingsfürsorge besonders auf dem Lande — hierum handelt es sich doch hauptsächlich bei unseren Fürsorgestellen — nötig? Eine Säuglingsfürsorgerin muß die Schwierigkeiten des Stillenerlernens zu

überwinden wissen, unermüdlich auf allgemeines Stillen dringen, von dem Wert des Allaitement mite überzeugt sein und die künstliche Ernährung sowie die Bekämpfung der hieraus entspringenden größten Schädlichkeiten im großen und ganzen beherrschen; sie muß sich aber auch der Wichtigkeit ihrer Aufgabe stets bewußt sein und bleiben, sie muß pflichttreu, fleißig und gewissenhaft sein; sie braucht nicht einmal besonders gescheit zu sein. Nun erhebt sich die Frage: Ist die Hebamme auf dem Lande so geeigenschaftet, daß ihr diese Eigenschaften zuerkannt und jene Tätigkeit anvertraut werden kann? Meines Erachtens sollte die Frage richtiger lauten — und da haben wir gleich die Antwort — gibt es auf dem Lande überhaupt Jemanden, der geeigneter als die Hebamme wäre, die ständige Ueberwachung von Mutter und Kind im ersten Lebensjahre nach obigen Gesichtspunkten zu übernehmen? Wer allein in der Stilltechnik unterrichtet? Die Hebamme! Und wie viel kommt darauf an! Wer allein ist jederzeit in den ersten Wochen — bekanntlich für den Säugling die lebensgefährlichsten — stets um die Mutter und Kind? Die Hebamme! Wer allein kann im ersten Lebensjahre alle 14 Tage die Säuglinge aufsuchen, um nach ihrem Befinden zu sehen, wem allein stehen hierzu Tür und Tor offen? Der Hebamme! Ja die Hebamme allein ist auf dem Lande die berufene Säuglingsfürsorgerin. Sie, die der Mutter in ihrer schweren Stunde beigestanden hat, hat das Vertrauen der Mutter, sie, die allein in der Hebammenschule die Stilltechnik wissenschaftlich und praktisch erlernt hat, kann allein richtigen Rat erteilen. Die Hebamme ist allezeit am Orte vorhanden; sie braucht nicht erst geschaffen werden. Wir haben in ihr die geborene Säuglingsfürsorgerin! Warum sollen wir sie nicht in Anspruch nehmen? Wenn von Staatswegen den Hebammen das kostbarste Gut eines Volkes, das Leben von Mutter und Kind in deren gefährdester Zeit bei Geburt und Wochenbett anvertraut wird und wenn man dies mit ganz einfachen Bauern- und Handwerksfrauen und mit gutem Gewissen wagen kann — ja, da frage ich, sollte man nicht viel leichter und mit viel besserem Gewissen einen Schritt weitergehen können und die Hebamme, die einmal bei und nach der Geburt um Mutter und Säugling ist, auch fernerhin in einer viel ungefährdeteren Zeit bei diesen belassen und mit deren Beratung betrauen dürfen?

Die Frage ist glatt zu bejahen! Dann sehen Sie zu, mit welch einfacher, ja kärglicher Rüstung wir in unserem Bezirk unseren säuglingsfürsorgenden Hebammen ausgestattet haben und was wir schon damit erreicht haben? Eine genaue Instruktion aller Hebammen in einer hierzu einberufenen Versammlung durch den Amtsarzt, ein viermal jährlich bei Einlieferung der Kontrollbogen durch den Amtsarzt erfolgender neuer Hinweis auf einzelne wichtige Punkte der Säuglingsfürsorge, Wiederholung aller Fürsorgemaßnahmen einmal jährlich in der offiziellen Hebammennachprüfung, schließlich eine Fürsorge-

anweisung den Hebammen gedruckt in die Hand gegeben — das war alles, was bei uns zur Ausrüstung dieser einfachen Frauen geschehen ist. Schon dies Wenige hat aber einen Umschwung der Anschauungen der Hebammen und einen daraus sich ergebenden Erfolg hinsichtlich der Säuglingsaufzucht ergeben. Wie viel anders, ja viel größer muß der Segen, den die Hebamme verbreitet, sein, wenn sie von vornherein gelegentlich ihrer neunmonatigen Ausbildung als Hebamme gleich als Säuglingsfürsorgerin offiziell ausgebildet, dafür von Staatswegen honoriert und in Wiederholungskursen weitergebildet wird? Eigentlich ist es zu verwundern, daß sich überhaupt noch eine Stimme hiergegen zu erheben wagt. Meiner Literaturkenntnis nach ist dies auch nur ganz vereinzelt geschehen. Erfahrene Amtsärzte wie Deneke-Magdeburg, Henkel-München und Kinderärzte wie Oppenheimer und Dörnberger-München, Kaupe-Bonn fordern mit mir die Hebammen als Säuglingsfürsorgerinnen und sehen in ihnen die gegebenen Personen.

Ein warm zu begrüßender Paragraph über Heranziehung der Hebammen als Säuglingsfürsorgerinnen findet sich in der Entschließung des preuß. Staatsministeriums vom 31. März 1917 über die staatliche Prüfung der Säuglingsfürsorgerinnen. Der Paragraph 6 dieser Verordnung lautet:

„Geprüfte Hebammen, die eine Ausbildung von 9 Monaten in einer deutschen Hebammenlehranstalt genossen haben, werden zur Prüfung als Säuglingsfürsorgerinnen bereits nach Ablegung eines zusammenhängenden Lehrganges von mindesten 3 Monaten Dauer in einer staatlich anerkannten Säuglingspflegeschule zugelassen.“

Dieser Erlaß ist vorbildlich und sollte in allen Bundesstaaten energische Nachfolge finden. Er bringt das, was uns heute noch an unserer Hebammenausbildung fehlt.

Mit um so größerem Nachdruck muß darum der Behauptung Professor Rietschels-Würzburg wiedersprochen werden, wenn er sagt: „Ganz besonders aber werden die Kinderärzte gegen eine solche Bevorzugung der Hebammen sich wenden.“ Die im preußischen Entwurf dort den Hebammen erteilte und meiner Ansicht nach mit Fug und Recht erfolgte Bevorzügung „steht“, nach Ritschel „in ausgesprochenem Gegensatz zu allen kinderärztlichen Forderungen“. Er glaubt, „daß die meisten Säuglingsanstalten sich dadurch schützen werden, daß sie überhaupt keine Hebamme aufnehmen mit Ausnahme der wenigen wirklich geeigneten Elemente aus dem Hebammenstand und auch diese nur, wenn sie sich zur Teilnahme am vollen Unterricht verpflichtet.“

Da frage ich, soll denn überhaupt Alles beim Alten bleiben? Oder woher will Ritschel denn überhaupt auf dem Lande Säuglingsfürsorgerinnen nehmen, die im Stande sind, unausgesetzt die Säuglinge zu überwachen. Nie und nimmer wird dies durch eigens hierfür aufgestellt in 1- bis 2jährigen Kursen ausgebildete hochbesoldete Säuglingsfürsogerinnen für ganz Deutschland möglich sein! Woher sollen hierzu die Mittel fließen? Was bedeutet gegenüber der ständigen Ueberwachung

durch die Hebammen ein im Jahre einmal oder höchstens zweimal sich wiederholender Besuch auch der besten Berufssäuglingsfürsorgerin? Wenn die Säuglingsheime, was ich nie glauben kann, sich den Hebammen verschließen würden, so müßten eben alle Hebammenlehre- und Gebäranstalten an ihre Stelle treten; ich glaube, daß die Leiter dieser Anstalten sich dieser hohen Aufgabe nimmer verschließen würden.

Nein! Wir müssen, wenn nun endlich der Stein ins Rollen gekommen ist und die Hebammenreform in allen Bundesstaaten ihren Einzug hält, laut und energisch die Forderung erheben: Auf dem Lande kommt den Hebammen in erster Linie die Säuglingsfürsorge zu; sie müssen nur entsprechend vorgebildet werden. Darauf muß jede Hebammenreform zugeschnitten werden. Demzufolge beantworte ich die 2. Frage Rissmanns aus voller Ueberzeugung wie folgt:

„Ja, der Dienst einer Hebamme besonders auf dem Lande läßt sich aufs beste mit dem einer Säuglingsfürsorgerin vereinbaren. Sorgen wir nur dafür, daß die Hebammen die nötige Ausbildung erhalten und sie auch ihren Leistungen entsprechend honoriert werden. In Zukunft muß jede Hebamme auf dem Lande als Säuglingsfürsorgerin von Staatswegen aufgestellt werden."

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die ordentliche Versammlung der „Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens" in Hannover (Prov.-Hebammenschule) am 21. Mai 1918, 9 Uhr vormittags.

Vorsitzender: Dr. Rissmann-Osnabrück.
Schriftführer: Dr. Mann-Paderborn.

Die Versammlung war ordnungsmäßig einberufen. Es lagen vor:

1. Vorbericht des Bezirksarzt a. D. Hofrat Dr. H. Dörfler-Weißenburg: „Eignet sich die Hebamme zur Säuglingsfürsorgerin?" (siehe vorher. S. 353—365).
2. Entwurf einer Denkschrift über „Die Reform des Hebammenwesens in Deutschland".

Die Drucksachen waren allen Mitgliedern der Vereinigung und sonstigen an der Versammlung interessierten Stellen zugegangen.

Anwesend waren: 1. Dr. v. Alvensleben, Direktor der Landesfrauenklinik in Magdeburg. 2. Dr. v. Brescius, Oberregierungsrat vom Königl. Ministeriums in Dresden (Vertreter des sächs. Ministeriums des Innern). 3. Dr. Dörfler, Hofrat, Bezirksarzt a. D. Weißenburg i. B. 4. Dr. Dohrn Kreisarzt in Hannover. 5. Dr. Ellerbrock, Direktor der Prov. Hebammenschule in Celle. 5. Frau Olga Gebauer, Vorsitzende der „Vereinigung deutscher Hebammen" in Berlin (als Gast). 7. Dr. Hartmann, Landesrat an der Prov. Verwaltung in Hannover (als Gast). 8. Dr. Kriege, Oberpräsidialrat in Hannover (als Gast). 9. Dr. Mann, San.-Rat, Direktor der Prov. Hebammen-Lehranstalt Paderborn. 10. Frl. Rose Poten, Leiterin der Städt. Mütter- und Säuglingshilfe in Hannover (als Gast). 11. Dr. Poten, Geh. San. Rat, Direktor der Prov. Hebammenschule in Hannover. 12. Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden (Vertreter des Deutschen und Preuß. Med.-Beamtenvereins). 13. Dr. Rissmann, Direktor der Prov. Hebammenschule in Osnabrück. 14. Frau M. Rust, Hebamme in Berenbostel Kr. Neustadt (als Gast). 15. Dr. Willers, Med.-Rat, Direktor der Großherzgl. Hebammenschule in Oldenburg.

Der Vorsitzende, Dr. Rissmann, eröffnet die Versammlung und teilt zunächst mit, daß sich wegen Verhinderung entschuldigt haben: die Herren DrDr. Ahlfeld-Marburg; Baumm-Breslau; Boehr-Lübben; Frank-Cöln; Freund-Straßburg; Hammerschlag-Neukölln; Kupferberg-Mainz; Langerhans-Celle; Piscaizeck-Wien; Scheffzek-Oppeln; Exc. Schulze-Jena; Walter-Giessen; die preußischen, bayrischen und badischen Ministerien des Innern haben unter Hinweis auf die Geschäftslage bedauert, keinen Vertreter entsenden zu können. Das Ministerium in Braunschweig hat Herrn Geh. Med.-Rat Dr. Krukenberg mit seiner Vertretung beauftragt, leider ist dieser aber am Erscheinen verhindert. Ein großer Teil der nicht erschienenen Herren Mitglieder haben sich in unzweideutigster, wärmster Weise mit den im Vorbericht des Herrn Dörfler und in dem Entwurf der Denkschrift vorgetragenen Grundsätzen im allgemeinen einverstanden erklärt und wünschen eine erfolgreiche Verhandlung in diesem Sinne. Wenn also auch infolge der Kriegslage nur ein kleinerer Kreis von Mitgliedern sich zusammen gefunden habe, so werde er durch die Zustimmung der nicht erschienenen Herren erweitert, so daß deren geistige Anwesenheit hinzu zu rechnen sei.

Einleitend führt der Vorsitzende dann aus, daß eine Stellungnahme zugunsten der Hebamme als Säuglingspflegerin durch die rege Tätigkeit der Pädiater notwendig geworden sei. Die Angelegenheit sei der größten Beschleunigung bedürftig. Mit kurzen Worten streift er die in letzter Zeit durch Thiemich, Langstein, Marie Baum, u. a. m. entstandenen Kontroversen und betont deren Gegensätzlichkeit zu den Bestrebungen der Hebammenschaft und der Hebammenlehrer. Gewiß werde die Versammlung das Referat Dörfler als einen bedeutsamen Schritt zur Klärung der Sachlage begrüßt haben. Er dankt dafür dem Referenten. In den letzten Tagen sei von seiten der preußischen Regierung dem Abgeordnetenhause ein Gesetzentwurf, betreffend das Hebammenwesen, zugegangen, der einen großen Fortschritt bedeute. Geh. Med.-Rat Dr. Rapmund habe diesen Gesetzentwurf in der Zeitschr. für Med.-B. eingehend besprochen (s. Nr. 10 d. Ztschr. S. 210—229) und es in dankenswerter Weise ermöglicht, jedem Teinehmer der Versammlung einen Abdruck dieser Besprechung zuzustellen. Leider habe der Gesetzentwurf den Prov. Verwaltungen scheinbar nicht vorgelegen; er sei auch den Hebammenlehrern bislang unbekannt geblieben und daher sein Inhalt in dem Entwurfe der vorgelegten Denksckrift nicht berücksichtigt worden. Bei der heutigen Versammlung müsse er aber im Zusammenhang mit dem Entwurf zur Denkschrift eingehend erörtert werden. Außerdem müßten sich auch die Herren Kollegen mit den ihnen nahestehenden Abgeordneten möglichst bald in Verbindung setzen, um im Sinne der Hebammenlehrer aufklärend zu wirken. Die Sache sei eilig und dringend in dieser Hinsicht. Er empfehle auch einen besonders engen Zusammenschluß der Hebammenlehrer mit den Medizinalbeamten.

Herr Rapmund schlägt darauf vor, auf der heutigen Versammlung zunächst den Gesetzentwurf zu beraten und auf Grund dieser Beratung eine Eingabe mit eingehender Begründung an das Abgeordnetenhaus zu richten. Dieses müsse möglichst bald geschehen. Mit der vorgeschlagenen Denkschrift, die nicht kurz genug gehalten sei, werde man nicht den gewünschten Erfolg erzielen.

Herr Mann stimmt dieser Ansicht bei, glaubt aber, daß auch eine Denkschrift an die Leitung des Reiches und an die Bundesstaaten gerichtet und in deren schließlicher Fassung auch der preußische Gesetzentwurf eingehend verwertet werden müsse; denn die Vereinigung, die sich die Förderung des deutschen Hebammenwesens angelegen sein lasse, müsse eine tunlichst einheitliche Regelung der Hebammenfrage für ganz Deutschland erstreben.

Es wird beschlossen, demgemäß zu verfahren und in die Beratung über die **Reform des Hebammenwesens in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des preußischen Gesetzentwurfes über das Hebammenwesen einzutreten.**

Herr Dörfler verzichtet auf Befragen auf Zusätze zu seinem Referat.

Die Versammlung stellt sich vollinhaltlich auf den Boden seiner Ausführung und spricht ihm den Dank für seine Arbeit aus. Das Referat soll als Anlage zu der Eingabe an das Abgeordnetenhaus gegeben werden.

Herr Mann erklärt darauf, daß der Entwurf der Denkschrift unter Berücksichtigung von Vorschlägen der Herren Stumpf-München und Baumm-Breslau von dem Vorsitzenden und ihm bearbeitet sei. Ihnen haben nur die vom Bundesrat beschlossenen Grundsätze vorgelegen. Er bespricht dann die in dem preußischen Gesetzentwurf neu hinzugekommenen Gesichtspunkte. Bedauerlicher Weise scheine nunmehr eine für Deutschland einheitliche Regelung der Hebammenfrage erschwert, da sich der Bundesrat wieder auf die alte Plattform gestellt habe, daß genauere Bestimmungen wegen der Verschiedenheit der örtlichen Verhältnisse nicht festgelegt werden könnten, sondern den Bundesstaaten zur Regelung überlassen bleiben müßten. Betrachte man aber den preußischen Gesetzentwurf, so enthalte er doch nur allgemeine Bestimmungen, die sich ohne Zwang auch auf die anderen deutschen Staaten anwenden lassen. Dies sei auch verständlich, da der preußische Staat innerlich eine ebenso große Verschiedenheit zeige, wie ganz Deutschland. Das zeige sich schon bei den einzelnen preußischen Provinzen. In seiner Heimatprovinz Westfalen wohnen Niedersachsen, Franken und Hessen; ein großer Industriebezirk läge neben weiten ländlichen Gegenden; städtische und ländliche Verhältnisse wechselten sich ab; flaches Land und Gebirgsgegenden seien zu berücksichtigen. Wenn also eine Regelung für Preußen durch den Gesetzentwurf in die Wege geleitet und diese anscheinend verwickelte Aufgabe gelöst werden könnte, so müßte versucht werden, dieses Ergebnis auch den anderen Bundesstaaten zur Durchführung nahe zu legen. Nur übertriebene partikularistische Vorurteile könnten dem im Wege sein, die aber in der gegenwärtig großen Zeit überwunden werden müßten.

Hiernach wird beschlossen, zunächst **den preußischen Gesetzentwurf** zu besprechen und die hierzu notwendig erscheinenden Vorschläge auf Abänderung usw. festzulegen.

I.

Zu § 1 bemerkt Herr Rapmund, daß die Ausübung der Geburtshilfe durch nicht als Aerzte approbierte Männer frei bestehen bleibe.

Frau Gebauer berichtet, daß Fälle von Ausübung der Geburtshilfe durch Kurpfuscher nicht bekannt seien, wohl durch Hebammenpfuscherinnen.

Herr Poten bemerkt, daß bei Männern nur die Tätigkeit bei kriminellen Aborten in Frage kommen.

Herr Rapmund meint daher, daß in dieser Hinsicht Zusätze zu den Gesetzen gegen die Kurpfuscherei im allgemeinen und gegen den Rückgang der Geburten im besonderen in Frage kommen.

Zu den §§ 2, 3, und 4 werden Bemerkungen nicht gemacht.

Zu § 5 bemängelt Herr Poten, daß die Frist von 2 Wochen für die Einreichung einer Klage wegen Versagung oder Zurückziehung der Genehmigung bei dem Bezirksausschuß zu kurz sei.

Dazu bemerkt Herr Kriege, daß es schon genüge, wenn die betreffende Hebamme nur die Klage kurz einreiche. Die Begründung der Klage komme später noch immer zeitig genug. Die Frist von 2 Wochen entspräche den bislang auch sonst üblichen und bewährten Fristbestimmungen.

Herr Poten läßt hierauf seine Bedenken fallen.

Zu § 6 c schlägt Herr Mann, weil der Passus „nach Maßgabe des örtlichen Bedürfnisses“ zu großen Bedenken Veranlassung gäbe und voraussichtlich die Verwendung der Hebamme als Säuglingsfürsorgerin überhaupt verhindern werde, folgende Fassung vor:

„Die Hebammen haben die Säuglingsfürsorge auszuüben. Sie sollen sich aber dort auf die Versorgung der neugeborenen Kinder beschränken, wo nach Anordnung der Medizinalbehörde die Fürsorge für Säuglinge den örtlichen Bedürfnissen gemäß anderen Fürsorgepersonen zu übertragen ist.“

Herr Rapmund kann darin keine Verbesserung gegenüber der im Gesetzentwurf enthaltenen Fassung erblicken. Er schlägt vor, einfach zu sagen: „c) Die Säuglingsfürsorge.“ Damit gehöre die Säuglingsfürsorge im allgemeinen zu den Berufspflichten der Hebamme. Wenn örtliche Verhältnisse außerdem eine andere Regelung verlangten, so würde sich das ohne weiteres regeln lassen. Die Versammlung beschließt demgemäß.

Weiter erhebt Herr Rapmund Bedenken gegen die Fassung des Absatz 2 des § 6. Wenn von vornherein den Hebammen andere Erwerbstätigkeit

erlaubt sei und erst hinterher von dem Kreisausschuß bei Bedenken vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege untersagt werden könne, so bestehe die Gefahr, daß die Hebammen schon zum Schaden der Bevölkerung gesundheitsgefährdende Tätigkeit ausgeübt hätten, ehe die Behörden, vor allem die Kreisärzte, davon Kenntnis erlangt haben. Aus diesem Grunde schlägt er folgende Fassung des betreffenden Absatzes vor:

„Die Ausübung einer anderen Erwerbstätigkeit ist der Hebamme nur dann gestattet, wenn Bedenken vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege dagegen nicht bestehen und der Kreisausschuß durch Kollegialbeschluß sie genehmigt. Gegen die Versagung der Erlaubnis hierzu steht der Hebamme innerhalb von zwei Wochen die Beschwerde an den Bezirksausschuß zu, der endgültig zu endscheiden hat."

Auf Vorschlag wird weiterhin, um die Mitwirkung des Kreisarztes bei der Ausführung dieser Bestimmungen gesetzlich festzulegen, auf Vorschlag von Herrn Rapmund noch folgender Zusatz zu § 6 Abs. 4 beschlossen:

„Sie untersteht der Aufsicht des Kreisarztes, der bei der Durchführung des Gesetzes, insbesondere der §§ 1 bis 5, mitzuwirken hat."

Die Versammlung beschließt demgemäß.

Zu § 7 werden Bemerkungen nicht gemacht.

Zu § 8 Ziffer 1 (Mindesteinkommen) wird die Vertreterin der Hebammenschaft um Aeußerung gebeten.

Frau Gebauer trägt unter Angabe der Einzelausgaben vor, daß für eine Hebamme bei bescheidener Lebensführung ein Gesamtaufwand von etwa 1900 M. angenommen werden müsse. Herr Rapmund ist der Ansicht, daß sich die Lebensunterhaltungskosten in ländlichen Verhältnissen billiger stellen dürften.

Herr v. Alvensleben rügt an der Fassung des Paragraphen, daß wiederum bei dem Einkommen der Bezirkshebamme nicht zwischen dem festen Einkommen und den freien Bezügen aus der Tätigkeit bei besser situierten Kreisen unterschieden werde. Vor allem würde von den letzteren, wenn sie die Besuche der Hebamme als Säuglingsfürsorgerin vergüten müßten, die Hebammen dafür abbestellt werden. Er halte es deshalb wenigstens für notwendig, daß die Hebammen für die Säuglingsfürsorge von Amtswegen fest besoldet werden würden.

Herr Rapmund und andere sprechen sich dafür aus, daß das Einkommen aus der Säuglingsfürsorge in die Garantiesumme für das Jahreseinkommen der Hebamme einbezogen werden müsse.

Der Vorsitzende schlägt als Mindest-Gesamteinkommen 1500 Mark vor.

Die Versammlung beschließt demgemäß, indem geltend gemacht wird, daß für Säuglingsfürsorgerinnen gleiche oder höhere Einkommen festgesetzt sind. Der Vorsitzende betont, daß in Sachsen die sog. Wohnungspflegerin 1500—3300 M. Gehalt beziehe.

Zu § 8 Ziffer 3 ergibt sich eine Einstimmigkeit der Versammlung, daß ein Ruhegehalt von 240 M. pro Jahr zu gering bemessen sei. Auf Vorschlag von Herrn Rapmund beschließt die Versammlung folgende Fassung der Ziffer 2 § 8 vorzuschlagen:

„2. ein jährliches Ruhegehalt aus dem garantierten Jahreseinkommen, dessen Höhe nach Maßgabe der für Kommunalbeamte geltenden Bestimmungen zu berechnen ist."

Herr Rapmund macht dabei darauf aufmerksam, daß trotzdem eine Härte noch insofern bestehen bleibe, als Anspruch auf Ruhegehalt erst nach zehnjähriger Dienstzeit eintrete, ein Mangel, der aber auch für alle anderen Beamten gelte.

Zu § 8 Ziffer 4 wird folgender Zusatz für notwendig beschlossen:

„sowie eine angemessene Entschädigung für den Ausfall an Einkommen für die Zeit, während sie auf Grund gesetzlicher Bestimmungen oder auf Anordnung des Kreisarztes ihre Berufstätigkeit nicht ausüben dürfen."

Weiterhin erklärt die Versammlung zu Abs. 3 des § 8, daß die hier vorgesehene Möglichkeit einer Herabsetzung der den Bezirkshebammen zu zubilligenden Mindesteinkommens durch den Provinzialrat nicht angängig sei, da allen Hebammen ein auskömmliches Einkommen aus ihrem Berufe gewährleistet werden müsse.

Zu den §§ 9 u. 10 werden Bemerkungen nicht gemacht.

Zu § 11 Abs. 1 betont Herr Poten, daß die Bestimmung, wonach die bis zur Inkraftsetzung des Gesetzes geprüften Hebammen nach Ablauf von 8 Jahren eine Genehmigung erhalten müssen, wenn sie weiter praktizieren wollen, eine sehr große Härte enthalten, da dadurch eine immerhin nicht kleine Zahl Hebammen brotlos werden würde.

Frau Gebauer teilt mit, daß diese Bestimmung auch in Hebammenkreisen große Besorgnis erregt habe.

Herr Mann meint, daß innerhalb von 8 Jahren immerhin eine nicht geringe Zahl der gegenwärtigen Hebammen infolge Alters und sonstiger Berufsunfähigkeit zum Abgang reif sein würde. Wenn die Einkommensverhältnisse der Bezirkshebamme berufswürdig ausgestaltet seien, könnte eine weitere Zahl in solche Stellen verziehen.

Die Versammlung hält den Fortfall der von Herrn Poten bezeichneten Bestimmung (also des § 8 Abs. 1) für notwendig.

Den § 12 hält die Versammlung nicht nur für überflüssig, sondern auch für sehr bedenklich. Das Präsentationsrecht der Gemeinden zum Unterricht führe erfahrungsgemäß zu dem Versuche, weniger geeignete Personen dem Unterricht zuzuführen. Wie nun einmal die Anschauung auf dem Land liege, würden die Gemeinden versuchen, auf möglichst billige Weise zur Versorgung mit Hebammen zu kommen. Die Versammlung ist deshalb für Fortfall des § 12; sollte er aber beibehalten werden, so sei er am besten dem § 10 anzuschließen. Jedenfalls aber müßten die Einkommensverhältnisse auch dieser Hebammen denen der Bezirkshebammen gleichgestellt und für sie eine Niederlassungsgenehmigung gefordert werden.

Zu § 13 werden Bemerkungen nicht gemacht.

Zu § 14 fordert die Versammlung entsprechend dem Beschluß zu § 5 am Schlusse den Zusatz:

„und Mitwirkung des Kreisarztes“.

Die §§ 15 u. 16 geben zu Bemerkungen keine Veranlassung.

Es wird nunmehr beschlossen, unter Zugrundelegung der vorstehenden Beschlüsse eine begründete Eingabe an das preußische Abgeordnetenhaus mit der Bitte um Berücksichtigung der gemachten Vorschläge bei der Beschlußfassung über den Gesetzentwurf betr. das Hebammenwesen vom 10. April 1918 zu richten. Die Abgabe der Eingabe soll vom Vorstande möglichst beschleunigt werden.[1]) Außerdem wird es für nötig erachtet, daß sowohl die Teilnehmer der Versammlung, wie auch die übrigen Mitglieder der

---

[1]) Die inzwischen an das preußische Abgeordnetenhaus abgesandte Eingabe hat folgenden Wortlaut:

Osnabrück, den 6. Juni 1918.

Dem Hohen Hause der Abgeordneten zum Preußischen Landtage erlauben sich die Unterzeichneten namens der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens, der sämtliche deutsche Hebammenlehrer als Mitglieder angehören, im nachfolgenden zu dem nebenstehend angeführten Gesetzentwurf eine Reihe von Vorschlägen zu unterbreiten mit der Bitte, sie bei der Beratung des Gesetzes in Erwägung ziehen und berücksichtigen zu wollen. Diese Vorschläge sind nach eingehender Besprechung der Gesetzvorlage in einer Sitzung der Vereinigung zu Hannover am 21. Mai d. J., bei der auch die „Vereinigung Deutscher Hebammen“ vertreten war, einstimmig angenommen.

Zu Teil 1: Zulassung zur Hebammentätigkeit.

Die Vereinigung begrüßt mit aufrichtiger Freude den Vorschlag, daß in Zukunft die Ausübung der Hebammentätigkeit von einer Genehmigung für ein Niederlassungsgebiet oder von der Anstellung als Bezirkshebamme abhängig gemacht werden soll, daß also die Hebamme eine teilweise Beschränkung in der Gewerbefreiheit erfahren wird. Die als Wohltat gedachte Gewerbefreiheit

Vereinigung mit den ihnen näherstehenden Abgeordneten zwecks Aufklärung wenn möglich auf mündlichem Wege in Verbindung zu treten.

II.

Auf Vorschlag des Vorsitzenden tritt hierauf die Versammlung in Erörterung über den Inhalt des **Entwurfes der Denkschrift über die Reform des Hebammenwesens in Deutschland** ein, soweit diese Erörterung nicht schon durch die vorhergehenden Beschlüsse zu dem preußischen Gesetzentwurf erfolgt ist.

1. Der Vorsitzende beantragt zu beschließen, daß die Dauer der Ausbildung vorläufig auf 1 Jahr unter Einschluß des Unterrichts über Säuglingspflege festgelegt werden möge. Mit dem Examen als Hebamme soll die Hebamme auch die Eigenschaft als Säuglingspflegerin erhalten. Wenn die Ausbildungszeit der Krankenpflegeschwester erhöht werde, müsse zugleich auch gleichmäßig damit die der Hebammen ausgedehnt werden. Zum Zwecke des Unterrichts in der Säuglingspflege müßten die Hebammenschulen erweitert werden.

Die Versammlung beschließt demgemäß.

2. Der Vorsitzende legt weiter dar, daß die Bezeichnung Hebamme am besten durch „Hebammenschwester" ersetzt werden möge und daß demgemäß auch den Hebammen eine entsprechende Schwesterntracht genehmigt werde.

Herr Rapmund hält eine Genehmigung zu einer besonderen Tracht nicht für nötig, da der Gebrauch einer solchen den Hebammen freistehe. Nur

---

ist im Hebammenstande zu einer öffentlichen Plage geworden, weil infolge des übermäßigen Andrangs zu dem Berufe der Hebammen eine Ueberkonkurrenz mit allen ihren schädlichen Folgen schwere Mißstände in dem so wichtigen Berufszweige ergeben hat.

Zu den §§ 1, 2, 3, 4 und 5 des Gesetzentwurfs werden daher keine Einwendungen erhoben, wir halten es nur für nötig, daß die Mitwirkung des Kreisarztes bei der Ausführung dieser Bestimmungen gesetzlich festgelegt, was am zweckmäßigsten durch einen Zusatz zu § 6 Abs. 4 geschieht, so daß dieser den Wortlaut erhält:

> Sie untersteht der Aufsicht des Kreisarztes, der bei der Durchführung dieses Gesetzes, insbesondere der §§ 1—5 mitzuwirken hat."

Zu Teil II: Pflichten der Hebammen.

In dem § 6c wird als Pflicht der Hebamme vorgeschlagen: „Mitwirkung bei der Säuglingsfürsorge nach Maßgabe des örtlichen Bedürfnisses."

Die Säuglingsfürsorge hat in bevölkerungspolitischer Hinsicht eine besondere Bedeutung erlangt. Die Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens bedauert, daß die Bedeutung der Hebamme auf diesem Gebiete noch nicht die verdiente Würdigung erfahren hat. Wir erlauben uns in der Anlage ein von dem Bezirksarzt a. D., Herrn Hofrat Dr. Dörfler-Weißenburg i. B. für die Hannoversche Tagung erstattetes Referat mit der Bitte um Durchsicht beizulegen, aus welchem mit Klarheit zu ersehen ist, daß die Hebamme die billigste, aber auch die beste Säuglingsfürsorgerin ist. Dieselbe Ansicht wird von Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund in seiner ebenfalls beigefügten Besprechung des Gesetzentwurfes vertreten, deren zutreffenden Ausführungen wir auch sonst fast in allen Punkten zustimmen. Es besteht jedoch eine Bewegung, die die Ordnung der Säuglingsfürsorge durch Persönlichkeiten, die nicht dem Hebammenstande entstammen, erstrebt und die eine Verdrängung der Hebammen, denen man die verdiente Würdigung auf diesem Gebiete nicht zuteil werden läßt, leider befürchten läßt. Wir haben daher die Befürchtung, daß bei Beibehaltung der Fassung § 6c die Mitwirkung der Hebammen bei der Säuglingsfürsorge ausgeschaltet werden wird, zumal allen Ernstes von namhaften Kinderärzten vorgeschlagen wird, den Hebammen den Eintritt in die Säuglingspflegerinnenschulen zu verweigern, trotzdem nach den für Preußen erlassenen Prüfungsvorschriften für Säuglingspflegerinnen auch Hebammen mit Recht als solche ausgebildet werden können, an den preußischen Hebammenschulen bereits Fort-

die Tracht der Schwestern vom Roten Kreuz sei gesetzlich geschützt und dürfe nicht unbefugt getragen werden.

Frau Gebauer teilt mit, daß auf einer Versammlung Hebammen auch in Schwesterntracht erschienen seien; dies habe aber bisher noch keine Nachahmung gefunden.

Herr v. Alvensleben schlägt als Berufsbezeichnung „Frauenschwestern" vor.

Der Vorsitzende meint, daß die Bezeichnung „Schwester" das wichtigste sei. Diese Bezeichnung sei aber den Hebammen gegenwärtig noch verboten. Man habe auch Säuglingsschwestern und Krankenpflegeschwestern. Das Publikum gebrauche aber nicht das lange Wort, sondern die einfache Anrede „Schwester". So werde es auch mit den „Hebammenschwestern" der Fall sein, in deren Bezeichnung die historische Bezeichnung als Characteristicum eingeschlossen sei.

Herr Mann weist darauf hin, daß zurzeit in der Säuglingspflege und -Fürsorge Personen in schwesternähnlicher Tracht und ohne eine Prüfung abgelegt zu haben tätig seien, ebenso in Stellen von Gemeindeschwestern. Er fragt, ob dagegen keine Handhabe zur Abhilfe bestände.

Herr Rapmund antwortet, daß dagegen vorläufig nichts zu machen sei. Solchen Personen sei nur verwehrt sich „staatlich geprüfte" Säuglingspflegerinnen zu nennen.

Herr Mann findet diesen Zustand bedauerlich.

---

bildungskurse für praktische Hebammen in der Säuglingsfürsorge eingerichtet und schon Hebammenschulen als Säuglingspflegerinnenschulen anerkannt sind. Diese Anerkennung muß nach unserer Ansicht allen Hebammenschulen zu Teil werden, da diese besonders geeignet sind, namentlich Hebammen als Säuglingspflegerinnen auszubilden. Die Säuglingsfürsorge muß deshalb in demselben Maße zu den Pflichten der Hebamme gehören wie die Beratung der Schwangeren, der Ausübung der Geburtshilfe usw. Wir erlauben uns daher, für § 6 Abs. 1c die Fassung

„c. Die Säuglingsfürsorge"

vorzuschlagen.

Auch die Fassung des zweiten Absatzes desselben Paragraphen erregt unser Bedenken. Wenn von vornherein den Hebammen andere Erwerbstätigkeit erlaubt ist und erst hinterher von dem Kreißausschuß bei Bedenken vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege untersagt werden kann, so besteht die Gefahr, daß die Hebammen schon zum Schaden der Bevölkerung gesundheitsgefährdende Tätigkeit ausgeübt haben, ehe die Behörden, vor allem die Kreismedizinalbeamte, davon Kenntnis erlangt haben. Wir schlagen deshalb für den Abschnitt folgende Fassung vor:

„Die Ausübung einer anderen Erwerbstätigkeit ist den Hebammen nur dann gestattet, wenn Bedenken vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege dagegen nicht bestehen und der Kreisausschuß durch Kollegialbeschluß sie genehmigt. Gegen die Versagung der Erlaubnis steht den Hebammen innerhalb von zwei Wochen die Beschwerde an den Bezirksausschuß zu, der endgültig zu entscheiden hat."

Zu Teil III: Bezirkshebammen.

In der allgemeinen Begründung wird mit Recht hervorgehoben, daß jede Abstellung der im Hebammenwesen wohnenden Mißstände der Hebel bei der wirtschaftlichen Lage der Hebamme angesetzt und diese in erster Linie gebessert werden muß. Das geschieht aber nach unserer Ansicht keineswegs in ausreichender Weise, wenn die Höhe des zu gewährleistenden Mindesteinkommens für Bezirkshebammen im § 8 Abs. 2 Ziffer 1 u. 2 auf 720 Mark und des Ruhegehalts auf 240 Mark bemessen wird; denn dadurch wird die Hebamme nicht vor wirtschaftlicher Not geschützt. Es bedarf vielmehr einer wesentlichen Erhöhung dieser Mindestsätze, auch mit Rücksicht darauf, daß die Hebamme nicht wie bisher auf Nebenerwerb angewiesen ist, was im öffentlichen gesundheitlichen Interesse durchaus unerwünscht ist. Die Hebamme kann außerdem mit Fug und Recht in bezug auf ihr Einkommen eine Gleichstellung mit derjenigen der Säuglingsfürsorgerinnen verlangen, besonders wenn ihr un-

Durch Abstimmung über die beiden gemachten Vorschläge entscheidet sich die Versammlung mit allen gegen eine Stimme für die Bezeichnung „Hebammenschwester".

3. Der Vorsitzende trägt vor, daß die Prüfung der Bewerberinnen für den Hebammenunterricht hinsichtlich ihrer allgemeinen Kenntnisse durch die Kreisärzte nicht genüge. Er führt dafür mehrere Vorkommnisse aus seiner Tätigkeit als Lehrer an. Diese Prüfung müsse durch einen Schulmann erfolgen.

Herr Rapmund sagt, daß die Kreisärzte diese Aufgabe gerne abgeben würden. Die Vorprüfung könne an den Hebammenschulen erfolgen, da diese über einen Elementarlehrer in ihrem Lehrkörper verfügen, jedenfalls sei dies in den westfälischen Lehranstalten der Fall.

Der Vorsitzende entgegnet, daß diese Einrichtung nur vereinzelt sei. Die Prüfung müsse auch schon vor dem Eintritt in den Kursus erfolgt sein.

Herr Poten hält die Prüfung durch den Direktor der Hebammenlehrschule für notwendig. Dieser könne die Schulkenntnisse auch beurteilen und wisse, was er für den weiteren Unterricht verlangen müsse. Er könne erforderlichenfalls einen Schulmann zur Unterstützung und Ergänzung heranziehen.

Der Vorsitzende betont nochmals, daß eine solche Prüfung eine besondere Schulung, die nur ein Schulmann besitze, verlange. Man sollte auch den Bewerberinnen, die vielleicht bei ungenügendem Ausfall der Prüfung erfolglose Reise zum Sitz der Hebammenschule und die damit verbundenen Kosten ersparen. Es sei außerdem eine mißliche Sache, die vorkommen könne, daß der Direktor eine Schülerin, die er in der Aufnahmeprüfung als geeignet angenommen habe, später vielleicht als ungeeignet wieder entlassen müsse.

Herr Rapmund ist der Ansicht, man dürfe das Maß der Kenntnisse nicht dahin festlegen, daß die Kandidatin noch im Besitze der Kenntnisse sein müsse, wie sie von einer Schülerin beim Abgang von einer mehrklassigen Volksschule zu verlangen seien. Gerade auf den kleinen Volksschulen mit nur wenigen Schülern, wie sie auf dem Lande und in der Diaspora häufig vorhanden seien, würden oft sehr gute Erfolge bei den Schülern erzielt. Es sei deshalb verkehrt, Personen, die solche Schulen besucht hätten, ausschließen zu wollen.

Der Vorsitzende entgegnet, daß er sich mit seinem Vorschlage „mehrklassige Volksschule" auf das Gutachten sehr erfahrener Rektoren stütze,

Herr Mann verliest den betreffenden Passus in dem vorgelegten Ent-

---

serem Vorschlage gemäß die Säuglingsfürsorge übertragen wird. In diesem Falle werden auch die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht sehr erheblich sein, zumal bei der beabsichtigten Neuregelung des Bezirkshebammenwesens mit Recht eine Vergrößerung der meisten Hebammenbezirke in Aussicht genommen ist. Die Versammlung in Hannover rechnete damit, daß dann eine jährliche Geburtenzahl von 50 Geburten in der Praxis einer Hebamme für die Zukunft als Durchschnitt zugrunde gelegt werden kann. Als Entgeld für die geburtshilfliche Tätigkeit wurde 20 Mark, für die Säuglingsbeobachtung 10 Mark für jeden Fall angenommen, so daß sich ein Mindesteinkommen von insgesamt 1500 Mark ergeben würde, das namentlich auf dem Lande, wo die Anstellung von Bezirkshebammen hauptsächlich in Betracht kommt, ausreichend sein dürfte. Wir bitten deshalb § 8 Abs. 2 Ziffer 1 und 2 wie folgt zu fassen:

„1. Die Gewährleistung eines gesetzlichen Mindesteinkommens von 1500 Mark für das gemäß § 6a, b und c;

2. ein jährliches Ruhegehalt, dessen Höhe nach Maßgabe der für Kommunalbeamte geltenden Bestimmungan zu bemessen ist."

Weiterhin bitten wir § 8 Abs. 2 Ziffer 4 dahin zu ergänzen, daß den Bezirkshebammen auch eine angemessene Entschädigung für die Zeit gewährt wird, während der sie auf Grund gesetzlicher Bestimmungen oder auf Anordnung des Kreisarztes ihre Berufstätigkeit nicht ausüben dürfen.

Endlich ersuchen wir, im § 8 Abs. 3 die Worte „oder herabzusetzen" zu streichen.

Zu Teil IV: Uebergangs-, Straf- und Schlußbestimmungen.

So sehr wir auch eine baldige Besserung der ungesunden Verhältnisse im Hebammenstande, die durch die Ueberfüllung im Berufe entstanden sind,

wurf der Denkschrift und schlägt vor, den ersten Satz des in Thesenform gehaltenen Schlußabsatzes folgendermaßen zu ändern:

„Vor der Aufnahme in die Hebammenschule hat die Bewerberin den Nachweis zu erbringen, daß sie wenigstens noch im Vollbesitz der Kenntnisse ist, wie sie von einer guten Schülerin am Abschlusse einer Volksschule erwartet werden."

Das übrige möge stehen gelassen werden.

Dagegen erhebt sich kein Widerspruch.

Da auf Befragen des Vorsitzenden zu der Denkschrift keine Bemerkungen weiter gemacht werden, erklärt er die Angelegenheit für erledigt. Die Neubearbeitung der Denkschrift werde demgemäß erfolgen und der Vorstand das Weitere veranlassen.

Frau Gebauer spricht darauf den Wunsch aus, daß dem Vorstande der Vereinigung Deutscher Hebammen und des Preußischen Hebammenverbandes Gelegenheit gegeben werden möge, sich durch Unterschrift der Eingabe an das Abgeordnetenhaus anzuschließen.

Der Vorsitzende sagt zu, daß in dem Wortlaut der Eingabe die Uebereinstimmung der Versammlung mit der Hebammenschaft, die in der Versammlung durch Frau Gebauer vertreten gewesen sei, hervorgehoben werden solle.

III.

Geschäftlich teilt der Vorsitzende mit, daß eine **Neuwahl von Vorstandsmitgliedern** notwendig sei. Die Wahl eines Schriftführers sei dringlich, da Herr Stumpf schon bei der vorherigen Versammlung nicht erreichbar gewesen sei. Trotz der geringen Zahl der Teilnehmer müsse diese Angelegenheit erledigt werden. Er schlägt Herrn Mann als Schriftführer vor. Dieser habe schon bei der letzten Sitzung vertretungsweise das Amt versehen und sich auch sonst inzwischen sehr verdient gemacht. Heute habe er ebenfalls für den Schriftführer das Protokoll geführt.

Es erhebt sich kein Widerspruch.

Herr Mann nimmt das Amt dankend an. Er betrachtet sich als vorläufig kooptiert, bis eine ordnungsmäßige Wahl des Gesamtvorstandes statutengemäß erfolgt ist.

Schluß der Sitzung 12½ Uhr mittags.

Dr. Rissmann. Dr. Mann.

---

wünschen, können wir doch nicht für richtig erkennen, daß den Hebammen, denen vor Inkrafttreten des Gesetzes das Prüfungszeugnis erteilt ist und sich keinerlei Pflichtverletzungen in ihrer Berufstätigkeit haben zu Schulden kommen lassen, nach 8 Jahren das Recht der Ausübung des Berufs entzogen werden kann, wenn sie nicht eine Genehmigung erhalten. Es würde das eine nicht berechtigte Unbilligkeit gegen die Hebammen bedeuten; deshalb bitten wir, im § 11 den ersten Absatz zu streichen, der zweite Absatz genügt unseres Erachtens vollständig, um die im Gesetz beabsichtigte Beschränkung der Niederlassungsfreiheit mit Erfolg durchzuführen.

Der § 12 erscheint uns einerseits überflüssig, andererseits gibt er uns Grund zu schweren Bedenken.

Gerade die Befugnis der Gemeinden usw., Personen zur Ausbildung als Hebammen vorzuschlagen, hat dazu geführt, daß den Hebammenschulen solche mit völlig unzureichendem Bildungsgrade und aus den niedrigsten Volksklassen aufgezwungen worden sind. Die unentgeltliche Hilfeleistung bei Hilfsbedürftigen liegt in Hebammenbezirken bei entsprechend festgelegtem Mindesteinkommen den Bezirkshebammen ohne weiteres ob. In Orten, in denen solche nicht vorhanden sind, also namentlich in den Städten, können Gemeinden ebenso wie bisher mit den für den Ort zugelassenen Hebammen Verträge schließen.

Wir bitten also, den § 12 zu streichen.

Zu § 14 bitten wir am Schluß entsprechend unserem Vorschlage zu § 6 Abs. 4 die Worte hinzuzusetzen „und Mitwirkung".

Namens des Vorstandes der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens:

Der Vorsitzende. gez. Dr. Rissmann, Direktor der Prov.-Hebammenschule in Osnabrück.

Der Schriftführer. gez. Dr. Mann, San.-Rat, Direktor der Prov.-Hebammenlehranstalt in Paderborn.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Sind die roten Hollunderbeeren (Sambucus racemosa) giftig? Von Dr. med. et phil. F. Kanngießer in Braunfels (Kr. Wetzlar).

Die schwarzen Hollunderbeeren (Sambucus nigra) gelten — wohl zu Recht — allgemein als harmlos. In der „Gartenwelt"; Jahrg. 1915 S. 384 berichtet P. Kaiser auf einer ganzen Seite über die verschiedenen Verwendungsmöglichkeiten dieser Beeren im Haushalt. Immerhin ist mir der Fall eines zehnjährigen Mädchens bekannt, das für die Apotheke Hollunderbeeren gepflückt, dabei etwa ein Händchen voll verzehrt, alsbald heftig erbrochen und etwa 1 Stunde lang Uebelkeit verspürt hatte. Doch soll diese Notiz der Verwendung der auch von mir als Marmelade des öfteren unbeschadet erprobten schwarzen Hollunderbeeren keinen Abbruch tun.

Etwas anders verhält es sich mit den roten Hollunderbeeren (Sambucus racemosa), über deren Toxikologie erst jüngst in der „Gartenwelt", Jahrg. 1918, S. 160, berichtet war. Dr. h. c. Graf von Schwerin schreibt in seiner trefflichen Monographie der Gattung Sambucus in den Berichten der Deutschen Dendrologischen Gesellschaft 1909, S. 166: „Die scharlachroten Beeren der Rispenhollunder werden von den Vögeln verschmäht; selbst die Krammetsvögel wußten sie in den Dohnenstegen sehr wohl von den Ebereschenbeeren zu unterscheiden. Der Grund, weshalb die roten Beeren von Sambucus racemosa von den Vögeln nicht angenommen werden, ist mir unbekannt." Während es S. 156 heißt: „Das Fleisch von Sambucus racemosa ist in rohem Zustande widerlich", wird der Geschmack dieser Beeren S. 197: „nach einigen Autoren süß und angenehm, nach anderen wässerig fade" genannt. Ich selbst aß neuerdings eines Nachmittags des Experiments halber einhundertundsechzig dieser (reifen) Beeren samt den feinzerkauten Kernen. Der Geschmack war widerlich und unangenehm-sauer. Darauf folgte wiederholt Aufstoßen; am nächsten Morgen war es mir des Vormittags über schwindlig, vorübergehend auch etwas „schwummerig" vor den Augen, desgleichen hatte ich das Gefühl von etwas Schwere in den Beinen. Das ist zwar alles nicht gefährlich und schlimm, aber ich denke es genügt doch, um von der Verwendung von roten Hollunderbeeren zu Marmeladen abzuraten.

Im Anschluß an dieses Experiment möchte ich aus zwei Zuschriften das folgende erwähnen. Der Reichsfreiherr von Fürstenberg (Haus Lengelsen) teilte mir mit, daß ihm selbst und anderen die Marmelade aus roten Hollunderbeeren bekömmlich sei, daß er aber jüngst von einer Dame erfahren habe, sie habe Uebligkeit danach verspürt und könne diese Marmelade nicht vertragen. Ferner schrieb mir eine Dame, daß einzelne Personen ihres Haushaltes sich des öfteren nach dem Genuß von „Kriegsmarmelade" über Schwindel und Uebelkeiten beklagten. Sie führt diese Symptome auf Vermischung mit allerhand zusammengesammelten Früchten zurück.

Nun schrieb allerdings jüngst H. Ostwald in der „Woche" 1918, S. 518, daß als „Streckungsstoff" bei den Kriegsmarmeladen u. a. „Hollunderbeeren" (ohne Angabe der Spezies; jedenfalls weiß ich aber, daß auch rote Hollunderbeeren mitgesammelt wurden. K.) verwandt würden, doch würde die Marmelade erst abgesetzt, nachdem eine Ueberwachungsstelle eine eingesandte Probe als einwandfrei befunden habe. Ueber den Begriff „einwandfrei" läßt sich freilich in mancher Hinsicht diskutieren.

Nachdem vorstehende Notiz längst an die Redaktion eingesandt war, lese ich in der Neuen Badischen Landeszeitung vom 10. August 1918: „Der Kriegsausschuß für Oele und Fette sieht sich gezwungen, vor dem Genuß des aus dem Samen des roten Hollunders gewonnenen Oels zu warnen. Es haben sich nämlich nach dem Genuß dieses fetten durch Pressen oder Extraktion gewonnenen Oeles Unzuträglichkeiten gezeigt, die sich besonders in heftigem Erbrechen und Abführwirkung bei verschiedenen Personen äußerten. Das Fruchtfleischöl sei genießbar (?) und die aus dem Fruchtfleisch hergestellte Marmelade vielen Personen zuträglich." Vielen wohl auch nicht! Am 16. August 1918 lobt dieselbe Zeitung unter der Ueberschrift „Eine nützliche Waldfrucht" „den angenehmen Geschmack, den duftigen Geruch und die beste Bekömmlichkeit" des Traubenholundergelees. Was doch zurzeit nicht alles gepriesen wird!

B. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

Desinfektion.

Ueber ein neues wasserlösliches Kresolpräparat „Fawestol“. Von Dr. Fritz Ditthorn. Zentralbl. für Bakt. etc. I. Abt. Originale; 1918, 80. Bd., Heft 6.

Verfasser kommt auf Grund seiner in der bakteriologischen Abteilung angestellten Versuche mit dem in neuester Zeit von der Chemischen Fabrik Westend G. m. b. H., Berlin-Weißensee hergestellten und unter dem Namen Fawestol in den Handel gebrachten Kresolpräparat[1]) zu folgendem Ergebnis:

Im Fawestol besitzen wir ein wasserlösliches Kresolpräparat von gleichem Kresolgehalt wie das Rohkresol, das zu einer Konzentration von 2,25 : 100 in Wasser klar löslich ist und dessen Lösungen unbegrenzt haltbar sind; höher konzentrierte Lösungen sind dagegen getrübt und werden zweckmäßig vor Gebrauch frisch hergestellt.

Fawestol tötet in 1 proz. Lösung, entsprechend einer 2 proz. Kresolseifenlösung, Bakterien in Aufschwemmungen wie an Stoffen angetrocknet, mit Sicherheit in 1 Minute ab. Milzbrandsporen gegenüber ist es in 2 proz. Lösung in seiner Wirkung ebenso unsicher wie die 5 proz. Kresolseifenlösung. In 2 proz. Lösung eignet es sich auch zur Desinfektion von Stuhlproben, die etwa mit der gleichen Menge der Desinfektionslösung vermischt werden

Fawestol enthält doppelt so viel Kresol wie die Kresolseifenlösung und ist infolgedessen hinsichtlich des Materialverbrauches, der Verpackung und des Transportes im Gebrauche billiger und wirtschaftlicher als diese, da die 2 proz. Fawestollösung ein vollwertiger Ersatz für die 5 proz. Kresolseifenlösung ist und infolge ihrer eigenartigen Zusammensetzung den Vorzug großer Benetzungsfähigkeit besizt. Rpd.

Ersatzverfahren für die Formalin-Raumdesinfektion (Naphthalin, Karbolsäure). Von Dr. F. Ickert. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 37.

Das von A. Baumgarten empfohlene Naphthalin eignet sich sowohl wegen seiner Menge, als auch wegen der erforderlichen Temperatur nicht zur Raumdesinfektion. Durch getrennte Verdampfung von flüssiger Karbolsäure und von Wasser bei gewöhnlicher Temperatur erreicht man mit dem Formalinverdampfungsapparat eine hinreichende Abtötung aller praktisch wichtigen Keime, so daß das Karbolsäuredampfverfahren wenigstens während des Krieges an Stelle der Formalinmethode treten kann. Das Verfahren eignet sich auch zur Entlausung für kleine Betriebe, wo die zu entlausenden Gegenstände 24 Stunden lang entbehrt werden können. Kresoldämpfe eignen sich erheblich weniger für die Zimmerdesinfektion. Dr. Roepke-Melsungen.

Natriumhyperchlorit als Bleich- und Desinfektionsmittel. Von Apotheker Schaefer in Buchholz-Friedewald. Zeitschrift für Gewerbehygiene; 1917, Nr. 9.

Die Hyperchloritlauge ist ein billiges Bleich- und Desinfektionsmittel, ein vorzüglicher Geruchsentferner und verleiht der Wäsche eine helle, weiße Farbe. Dr. Wolf-Hanau.

Frauen als Desinfektoren. Von Physikus Dr. Hammer, Vizedirektor der Hauptstädtischen Desinfektionsanstalt Budapest. Der Praktische Desinfektor; 1917, Nr. 7.

Auf Grund seiner 7 jährigen Erfahrung kommt der Verfasser zu dem Schluß, daß sich weibliche Desinfektoren in dem für sie ausgewählten Wirkungskreis vollständig bewährt haben. Dr. Wolf-Hanau.

---

[1]) Fawestol stellt eine Flüssigkeit dar, die sich in ihrer äußeren Beschaffenheit vom Rohkresol nicht unterscheidet und mit Wasser vermischt, bis zu 2,25 Proz. klare Lösungen gibt.

Tagesnachrichten.

Die **Amtsdauer der preußischen Aerztekammern, Zahnärztekammer und Apothekerkammern** ist durch Königliche Verordnung vom 1. August 1918 bis zum 31. Dezember 1919 verlängert; die Neuwahlen zu diesen Kammern sind demzufolge bis November 1919 verschoben.

Das **Deutsche Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheiten** hat beschlossen, für zwei Jahre je 1000 Mark zu bewilligen, die dazu dienen sollen, für das Jahr 1915 eine **Statistik der Sterbefälle in Preußen** an Krebs und anderen Neubildungen anzufertigen. Man hofft dadurch Klarheit über die im Jahre 1915 gemachte Beobachtung zu gewinnen, daß während der Kriegsjahre eine Abnahme dieser Sterbefälle gegenüber der bis 1913 beobachteten Steigerung eingetreten ist.

Errichtung des Ministeriums für Volksgesundheit in Oesterreich. Nach Bekanntmachung des Gesamtministeriums vom 8. August 1918 ist das Gesetz vom 27. Juli 1918, betreffend die Errichtung eines Ministeriums für Volksgesundheit, am 10. August d. J. in Kraft und das neue Ministerium für Volksgesundheit von diesem Tage ab in Wirksamkeit getreten. Alle bisher verschiedenen anderen Ministerien überwiesene gesundheitlichen Angelegenheiten sind nunmehr diesem neuen Ministerium übertragen, gleichzeitig die Wirkungskreise seiner einzelnen Abteilungen festgelegt und die dazu erforderlichen Ernennungen erfolgt. Demnach sind vier Sektionen, und zwar drei ärztliche Sektionen und eine juristische Sektion vorgesehen. Der ersten Sektion — unter Leitung des Sektionschef Dr. Med. et jur. Franz Ritter von Haberler — sind die Bekämpfung der Infektionskrankheiten, die Verkehrshygiene und Seesanität zugewiesen, weiter die Angelegenheiten der Heil- und Pflegestätten, das Krankenpflegewesen, Irrenwesen und Rettungswesen sowie die Assanierung, Bau- und Wohnungshygiene, Gefängnishygiene und das Leichenwesen. — Zur zweiten Sektion — der Sektionschef Dr. med. Franz Stadler vorsteht — gehören die Angelegenheiten des Sanitätspersonales; das Apothekenwesen und der Heilmittelverkehr, das Kurortewesen und die Ernährungshygiene. — Die dritte Sektion — mit Sektionschef Dr. Med. Ignatz Kaup an der Spitze — umfaßt die Bekämpfung der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten und der Trunksucht, die gesundheitliche Fürsorge für die Kriegsbeschädigten, die gesundheitliche Jugendfürsorge sowie die Berufs-, Gewerbe- und Unfallshygiene, ferner die Gesundheitsstatistik, die Propaganda und Publizistik sowie das Bureau des Obersten Sanitätsrates und der übrigen Fachräte. — Die vierte Sektion — die vom Ministerialrate Theodor Ritter Woytech von Willfest geleitet wird — erstreckt ihre Tätigkeit auf die nichtärztlichen Personalangelegenheiten, auf den Budget- und Rechnungsdienst, sowie auf die juristisch-administrativen und juristisch-legislativen Angelegenheiten. — Der Amtssitz des Ministeriums für Volksgesundheit befindet sich in Wien, I. Gluckgasse 1.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse: die Stabsärzte d. R. Dr. Corvey, Kreisarzt in Mansfeld, Dr. Wilhelm, Kreisarzt in Kyritz und Med.-Rat Dr. Poddey, Kreisarzt in Erfurt; derselbe hat auch das Ehrenzeichen II. Klasse mit Kriegsdekoration des Oesterreichisch-Ungarischen Roten Kreuzes erhalten.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse am schwarz-weißen Bande und das Königl. Sächsische Kriegsverdienstkreuz: Med.-Rat Dr. Hauffe, Stadtbezirksarzt in Chemnitz

Das Herzogl. Braunschweigische Kriegsverdienstkreuz I. Klasse: Stabsazzt d. L. Dr. Weller, Kreisarzt in Sonderburg.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben: Stabsarzt d. Res. Med.-Rat Dr. Fitzau in Ballenstedt (Anhalt).

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Priester, Kreisarzt a. D. in Berlin-Schöneberg, Dr. Siemon, prakt. Arzt in Hannov.-Münden (Mitglied des preußischen Medizinalbeamtenvereins).

Königreich Bayern.

In den Ruhestand getreten: Bezirksarzt Dr. Zöllner in Fürstenfeldbruck.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Fürstl. Schwarzburg-Rudolstädtische Ehrenkreuz II. Klasse mit dem Eichenbruch 1914: dem Geh. San.-Rat Dr. Sorge, Physikus in Königssee.

Ernannt: Generalarzt a. D. Dr. Servé in Meiningen zum Referenten für Medizinalangelegenheiten beim herzogl. Staatsministerium mit dem Charakter als Reg. und Geh. Med.-Rat.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Die Bezirksarztstelle in Ebersberg. Bewerbungen sind bei der für den Bewerber zuständigen Königl. Regierung, Kammer des Innern, einzureichen.

31. Jahrgang; Nr. 18. Ausgegeben am 20. September 1918.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinender Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 17/18 am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Stern zum Kronenorden II. Klasse: dem Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner, Ministerialdirektor im Ministerium des Innern, und dem Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich, vortragender Rat in demselben Ministerium; — der Titel Professor: dem Privatdozenten Dr. v. Möllendorf in Greifswald.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Großh. Badischen Kriegsverdienstkreuzes: dem Geh. Med.-Rat Dr. Wagner-Berlin, Hilfsreferenten im Ministerium der öffentlichen Arbeiten.

Ernannt: Geh. Reg.-Rat Dr. Cuntz, vortragender Rat in der Med. Abteilung des Min. des Innern, für die Dauer seines Amtes zum ordentl. Mitgliede der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen. San.-Rat Dr. Krickau in Neumünster zum Kreisarzt daselbst, Dr. Franz Volhard, Direktor der städtischen Krankenanstalten in Mannheim zum ord. Professor in der medizinischen Fakultät der Universität Halle-Wittenberg, a. ord. Prof. Dr. Reifferscheidt, Privatdozent in Bonn, zum ordentl. Prof. und Direktor der Frauenklinik in Göttingen.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Mangold in Allenstein nach Königshütte (Oberschlesien), Kreisarzt Dr. Schwer in Berent nach Allenstein, Kreisarzt Dr. Schablowski in Gumbinnen nach Harburg a. Elbe.

In den Ruhestand getreten: Med.-Rat Dr. Reimann, Kreisarzt in Neumünster.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Vieson, Kreisarzt in Merzig, Kreisarzt Dr. Wittich in Merseburg.

(Fortsetzung der Personalien auf der vorletzten Seite des Umschlags.)

31. Jahrg. 1918.

Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 18. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Sept.

Erstickungstod durch Epiglottiszyste.

Von Med.-Rat Dr. **Jaenicke**, Bezirksarzt in Apolda.

Epiglottiszysten sind an sich sehr selten und werden meist nur gelegentlich einer Sektion gefunden, da sie im Leben kaum jemals Beschwerden verursachen. Aus einer mir vorliegenden, dem pathologischen Institut der Universität Jena entstammenden Inauguraldissertation des Feldhilfsarztes Dierke „Ueber Epiglottiszysten“ geht hervor, daß die bisher beschriebenen Zysten an dieser Stelle alle harmloser Natur waren. Die Größe der bisher beobachteten Geschwülste schwankte zwischen der Größe eines Stecknadelknopfes und einer Kirsche. Ein kürzlich beobteter Fall von plötzlichem Erstickungstod durch Epiglottiszyste, der zu einer gerichtlichen Untersuchung führte, erscheint mir deshalb wichtig genug, bekannt gegeben zu werden, zumal in der Literatur, soweit mir bekannt, kein ähnliches Vorkommnis beschrieben worden ist.

Am 13. März 1918 war in dem Dorfe St. die 17 jährige Ella W. plötzlich verstorben. Sie war bis dahin völlig gesund gewesen und hatte nur am Todestage etwas über Halsschmerzen geklagt. Am Abend hatte sie, im Zimmer sitzend, plötzlich

angefangen zu röcheln und nach Luft zu ringen, war auf den Hof gelaufen und dort tot umgefallen.

Der vom Ortsbürgermeister zugezogene Bezirksarzt in D. hatte nach Besichtigung der Leiche eine Bescheinigung dahingehend ausgestellt, daß der Befund keinen Anhalt für die Annahme der Schuld einer dritten Person an dem Tode der Ella W. biete. Ueber die vermutliche Todesursache hatte er sich nicht weiter geäußert. Da über den jähen Tod des jungen Mädchens im Dorfe eigentümliche Gerüchte umhergingen, die sich sogar zu einer Anzeige des Gendarmen verdichteten, verfügte die Staatsanwaltschaft in W. am 18. d. M. die Vornahme der Leichenöffnung. Diese ergab zweifelsfrei Tod durch Erstickung und als Ursache eine von der Epiglottis ausgehende, große, dunkelblaurot verfärbte zystische Geschwulst.



Die Geschwulst entsprang mit breiter Basis dem oralen Teil der Epiglottis, ihre Größe betrug etwa 3 : 2 : 2 cm; sie war mit ihrem freien Ende fest in den Kehlkopfeingang eingekeilt, so daß dieser völlig verstopft war. Die Geschwulst war bei der Aspiration offenbar ganz zufällig in den Kehlkopfeingang hineingeraten und bei der krampfhaften Atmung immer tiefer hineingezogen worden, wodurch fester Verschluß des Kehlkopfes mit vollständigem Luftabschluß erzielt wurde.

Herr Prof. Dr. Rössle, Direktor des pathologischen Institutes in Jena, hatte die Güte, die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst vorzunehmen und schreibt mir darüber.

„Es handelt sich um einen ganz ungewöhnlichen Fall. Die vorliegende Zyste würde wohl keine Erscheinungen hervorgerufen haben, wenn nicht eine plötzliche Blutung das Ding vergrößert hätte. Ich wollte das wertvolle Präparat nicht zerstören und habe deshalb nur eine Scheibe zur mikroskopischen Untersuchung entnommen. Bei dem Schnitt war sehr deutlich zu erkennen,

daß die Geschwulst vollkommen durchblutet war; mikroskopisch ergibt sich Oedem und eine zellige Durchsetzung und die nicht ganz frische Blutung. Das Ganze war ursprünglich wohl nur eine Schleimhauterhebung, beziehungsweise ein polypöses Papillom".

Die von dem Präparat im pathologischen Institut zu Jena angefertigte photographische Aufnahme zeigt, wie die dem Zungengrunde und der lingualen Seite der Epiglottis breit aufsitzende Geschwulst den Kehlkopfeingang fast völlig bedeckt. Das freie, kegelförmig sich zuspitzende Ende war durchaus geeignet, den Eingang völlig zu verschließen.

Gerichtlich-medizinisches aus dem Felde.

Ueber Kohlenoxyd-Hämoglobinbildung in der Einschußwunde bei Nahschüssen.

Von Stabsarzt der Res. Prof. Dr. **H. Merkel**-München (z. Z. Armeepathologe).

Daß die beim Krepieren unserer Brissanzgeschosse entstehenden Explosionsgase in großer Menge (bis über 60%) Kohlenoxyd enthalten, ist bekannt; so sehen wir nicht selten leichte, schwerere, ja tödliche CO-Vergiftungen eintreten, wenn sich Leute in mehr oder weniger geschlossenen Räumen (Unterständen, Stollen, Quartieren) befinden, in denen oder in deren direkter Nähe Granaten einschlagen und krepieren. Zumal da das gleichzeitig mit entstehende Kohlensäuregas mit dem Kohlenoxyd zusammen ein Gasgemisch bildet, das — im Gegensatz zu CO allein — beträchtlich schwerer ist wie die Luft und sich länger am Boden hält, so bleiben solche Räume, wie auch eventuell oben leicht verengte Granattrichter, noch längere Zeit gefährlich.

Es entwickelt aber auch die Munition unserer Handfeuerwaffen beim Abschuß CO, wenn auch natürlich nur in erheblich geringerer Menge. Nach Lewin[1]) schwankt der CO-Gehalt der Pulvergase dabei zwischen 3 und 10% und steht von den bekannten Pulversorten darin das rauchlose Pulver an erster Stelle. Dieses an der Laufmündung auftretende CO ist in der Regel ungefährlich sowohl wegen seiner geringen Menge, wie wegen der Schnelligkeit, mit der es diffundiert. Allein es kann doch von prinzipieller Bedeutung werden und zwar dadurch, daß es bei Schüssen aus größter Nähe in die Einschußwunde gelangt und dann in den umgebenden Weichteilen nachweisbar ist.

Im allgemeinen ist ein Nahschuß für den Geübten aus all den bekannten Kriterien leicht festzustellen, in Zweifelsfällen kann aber die genannte Erscheinung doch von großer praktischer Bedeutung sein sowohl für die Diagnose des Nahschusses, wie auch für die nicht immer leichte Feststellung der Ein- bezw. Ausschußwunde!

---

[1]) L. Lewin: Ueber Vergiftung durch CO-haltige Explosionsgase aus Geschossen. Münchener med. Wochenschrift; 1915, Nr. 11, S. 465 ff.

Da nämlich die Affinität des Hämoglobins zum CO nach Lewin 210mal so groß ist als diejenige zum Sauerstoff, so kann selbst die geringe Menge Kohlenoxyd, die durch die Einschußwunde bei Schuß aus nächster Nähe und besonders bei mehr oder weniger aufgesetzter Schußwaffe in das Körpergewebe eintritt, zur CO-Hämoglobinbildung und damit zur typischen Rotfärbung der Gewebe (Muskulatur!) und des Blutes in der Umgebung der Einschußstelle führen.

Der Hinweise auf dieses Vorkommnis finden sich in der Literatur einige:

Richter[2]) schreibt 1905 in seiner ausgezeichneten Diagnostik (S. 192): „Die Hellrotfärbung des subkutanen und intramuskulären Blutergusses bei Nahschüssen, die durch Bildung von CO-Hämoglobin bewirkt wird, ist ein ziemlich seltener Befund. . . .“

Demeter[3]) erwähnt bei seinen Studien über die durch 6,35 mm Browning-Pistole erzeugten Verletzungen (S. 191) bei Schüssen mit aufgelegter Laufmündung: „In der Umgebung war die Muskulatur in Talerausdehnung stets von auffallend hellroter Färbung“. Er sagt später (l. c., S. 202) in seinen Schlußsätzen: „. . . in der umgebenden Muskulatur sehen wir hellrote Färbung, die wahrscheinlich durch die Wirkung von CO bedingt ist.“

Auch Puppe[4]) schreibt bei der Darstellung der Nahschußwunden (S. 416): „. . . In seltenen Fällen ist das Blut um den Einschuß herum kohlenoxydhaltig gefunden worden.“

Endlich führe ich nochmals Lewin[1]) an (l. c., S. 466), der daran erinnert, „daß schon in der nächsten Umgebung von Nahschußwunden, die im Freien zustande kamen (? Ref.), das ergossene Blut und die um die Wunde liegende Muskulatur hellrote Färbung besitzt. Diese stammt von den Pulvergasen her, die in die Wunde gelangt sind. Sie ist um so stärker, je reicher die Gase an CO sind. . . .“

Trotzdem scheinen diese Beobachtungen wenig bekannt zu sein; ich will daher darauf hinweisen und wegen der prinzipiellen Wichtigkeit drei derartige Fälle kurz mitteilen, bei denen ich diese CO-Aufnahme in der Umgebung der Einschußwunden sehr stark ausgesprochen und charakteristisch feststellen konnte. Es handelte sich bei den drei Fällen um Selbstmord.

I. F. St., 20jähr. Soldat. Sektion 21. 1. 1916. Selbstmord mit Dienstwaffe. Nah-Durchschuß der linken Brustkorbhälfte; kleiner querovaler Einschuß direkt über der linken Brustwarze, tangentiale Aufreißung des knöchernen Brustkorbes unter Splitterung der 3. und 4. Rippe, mit Durchschuß der flächenhaft verwachsenen linken Lunge, Splitterungsdurchschuß durch das linke Schulterblatt und pflaumengroßer Ausschuß unterhalb der linken Schulterblattgräte. — „. . . In der linken Brustmuskulatur findet sich eine große flache, durch Pulvergaswirkung entstandene Wundhöhle. . . . In derselben sind außer kleinen schwärzlichen faserigen Partikelchen (Kleiderfetzen) da und dort Schwarzfärbungen durch Pulverschmauch zu sehen. . . . Die ganze Muskulatur ist in der Umgebung der jetzigen Wundhöhle mit Blut durchtränkt; dieses sowohl, wie die Muskulatur zeigt eine ganz auffällige helle ziegelrote Verfärbung. Letztere schiebt sich von der direkten Umgebung der Wundhöhle nach unten zu bis in den Musculus serratus und obliquus externus sowie in die oberen Teile des Musculus rectus hinein; sie geht auch von der Mittellinie

---

[2]) M. Richter: Gerichtsärztliche Diagnostik und Technik. Leipzig; 1905. Verlag von S. Hirzel.

[3]) Demeter: Ueber die gerichtlich-medizinische Bedeutung der durch die 6,35 mm Browning-Pistole erzeugten Verletzungen. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1912, 44. Band, S. 186 ff.

[4]) Puppe: Kapitel Schußverletzungen in gerichtsärztlicher und polizeiärztlicher Technik von T. W. Lochte. Wiesbaden; 1915. Bergmanns Verlag.

nach rechts hinüber bis in den oberen Teil der rechtsseitigen Bauchdeckenmuskulatur. . . . . Das Körperblut entfernt von der Wunde zeigt keine besondere Färbung. . . .“

Ein interessanter Nebenbefund ergibt sich als Residuum einer alten, d. h. von dem Krieg zurückliegenden Stichverletzung der l. unteren Thoraxhälfte eine totale, z. T. schwartige Obliteration des linken Brustraumes, ein für 3 Finger durchgängiger Spalt in der linken Zwerchfellhälfte (alte Stichwunde!) mit Einschiebung und Verwachsung des ausgezogenen großen Netzes, Heranziehung der Flexura coli sinistra, Verwachsung der Milz daselbst und alte ausgedehnte Bauchfellverwachsungen zwischen Zwerchfell, Magen und Leber.

Die subjektiven Beschwerden des Mannes, über die er bei körperlichen Anstrengungen klagte, die ihm das deprimierende, seinen Ehrgeiz kränkende Gefühl der körperlichen Leistungsunfähigkeit schufen und die Ursache des Selbstmordes bildeten, waren so vollauf erklärlich!

II. J. Sch., 41jähr. Pionier. Sektion 26. VI. 1916. Erschießt sich mit seinem Dienstgewehr auf dem Bahnsteig in M. inmitten seiner Kameraden in einem Aufregungszustand. Gewehrdurchschuß der linken Brustkorbhälfte; kleiner Einschuß auf der Brust zwischen 5. und 6. Rippe, Durchschuß durch Herzbeutel und Herz mit explosionsartiger Aufreißung der linken Ventrikelkante, starke Zerreißung der linken Lungenlappen, explosionsartiger Ausschuß am unteren linken Schulterblattwinkel unter starker Zertrümmerung desselben und der 7. Rippe.

„. . . Ueber 5 Markstück große braunschwarze Verfärbung und Eintrocknung um den kleinen rundlichen Einschuß herum; bei Ablösung der linken Brustmuskulatur zeigt letztere um den Schußkanal herum in über Handtellergröße eine starke hellrote leuchtende Verfärbung. . . .“

III. A. H, 43jähr. Fußartillerist. Sektion 28. X. 1915. Selbstmord mittelst des eigenen Dienstkarabiners im Freien, morgens zwischen 5 und 8 Uhr etwa 80 m von der Kaserne entfernt. Der Mann zeigte Spuren von Trübsinn und sonderte sich von den Kameraden ab; Motiv unbekannt. Durchschuß durch die linke Brustkorbhälfte, mit der Splitterung der 3. und 4. linken Rippe, explosionsartige Zerreißung der linken Lungenlappen, Berstung der linken Herzkammerkante ohne Herzbeutelverletzung, kleine rundliche (5 mm) Ausschußwunde außerhalb des linken Schulterblattes nach glattem Durchschuß des 9. Zwischenrippenraums.

„. . . Trichterförmige Einschußwunde, deren Umgebung (Durchmesser quer 2 cm, hoch 2,8 cm) deutlich gequetscht, der innerste Rand eingetrocknet. . . . Bei Ablösung der rechtsseitigen Brustmuskulatur zeigt diese in der ganzen Umgebung der großen trichterförmigen Wunde eine auffallend hellrote leuchtende Farbe, während die rechte Seite normal rotbraun mit einem leichten Stich ins Bläuliche erscheint. Diese hellrote Verfärbung geht auf der rechten Körperhälfte noch herunter bis in die oberflächlichen Bauchmuskeln und endet erst unten am linken Poupartschen Band; nach rechts hinüber reicht die Färbung innerhalb der Bauchmuskulatur nur bis zur Mittellinie. . . . Innerhalb des großen linken Brustmuskels findet sich ein ganz unregelmäßiger Defekt in Form einer großen flachen fetzig begrenzten Tasche, an deren Innenseite man noch da und dort deutliche Schwärzung durch Pulverschmauch feststellen kann. . . .“ — Als Nebenbefund wurde ein rechtsseitiges Empyem mit 2000 ccm Exsudat festgestellt.

Der Beweis, daß es sich in diesen Fällen wirklich um CO-Hämoglobinbildung handelte, wurde durch chemische und spektroskopische Untersuchung herausgeschnittener und sogleich sorgfältig in kleine weithalsige Fläschchen (bis zum Stopfen mit Muskelstückchen angefüllt) gefüllte Muskelteile erbracht; in ihrem blutigen Preßsaft konnte ein deutlicher Beweis leicht geführt werden. Die im Vergleich mit den zitierten Literaturangaben bei unseren Fällen so bedeutend stärkere und ausgedehntere CO-Hämoglobinbildung hängt natürlich mit der größeren Menge der Blättchenpulverladung der Infanteriespitz-

geschosse zusammen; ich habe mich selbst davon überzeugt, daß die Rotfärbung beim Selbstschuß mittelst einer Browningpistole viel geringer ist.

Bei der besonders auffallenden Verfärbung der Muskulatur im Fall I und III hatte ich auch an die Möglichkeit einer agonalen Aufnahme des CO in das freie Körperblut gedacht; indessen waren die diesbezüglichen Untersuchungen negativ.

Einfluß der Berufs- und Kriegsarbeit auf die Gesundheit der Frau.

Nach einem Vortrag auf der Generalversammlung des Hausfrauenausschusses vereinigter Frauenvereine, nationaler Frauendienst zu Bochum.

Von Stadtarzt Dr. Wendenburg.

Trotz der großen öffentlichen Bedeutung, die die Frauenarbeit in den letzten 40 Jahren gewonnen hat, läßt sich die Frage, welchen Einfluß die Berufsarbeit auf die Gesundheit der Frau hat, z Z. nicht erschöpfend beantworten. Das liegt daran, daß wir kein genügendes Material zum Vergleich der Gesundheitsverhältnisse der nicht arbeitenden Frauen mit denen der arbeitenden Frauen besitzen, daß Angaben zum Vergleich der Gesundheitsverhältnisse der Frauen aus verschiedenen sozialen Schichten fast völlig fehlen, und daß insbesondere die Gesundheitsverhältnisse der Hausfrau und der Heimarbeiterinnen noch wenig zuverlässig erforscht sind. Man muß sich deshalb bei der Untersuchung des Einflusses der Berufsarbeit der Frau auf ihre Gesundheit auf den Vergleich zwischen Mann und Frau beschränken. Aber auch hier liegt größeres Material nur über die versicherungspflichtigen Arbeiterinnen und Arbeiter vor, die den Krankenkassen angehören. Die Antwort auf die Frage ist deshalb nicht lückenlos und für ganz Deutschland gültig zu geben, sondern nur für die Orte der Kassen, die das Material geliefert haben. Da diese Kassen aber die größten sind und über ganz Deutschland verstreut sitzen, so wird das, was gesagt wird, doch eine gewisse allgemeine Gültigkeit in den Punkten besitzen, in denen die Berichte der Kassen übereinstimmen. Außerdem reicht das vorliegende Material über die Berufsarbeit und Gesundheit der Frau nur bis zum Anfang des Jahres 1917. Die Ergebnisse des Jahres 1917 liegen zur Zeit noch nicht vor.

Mit diesen Einschränkungen läßt sich über den Einfluß der Berufs- und Kriegsarbeit der Frau auf ihre Gesundheit heute etwa folgendes sagen:

Die große öffentliche Bedeutung der Frauenarbeit ergibt sich am besten aus der gewaltigen Zunahme der Zahl der versicherten Arbeiterinnen. Sie stieg seit 1885 von $^3/_4$ Mill. auf 4,1 Mill. im Jahre 1913, also auf das $5^1/_2$ fache. In dieser Zeit nahm die Zahl der versicherten Frauen doppelt so schnell wie die der Männer zu. Dazu kommt seit dem Kriege noch die Verschiebung des Prozentverhältnisses zwischen Mann und

Frau auf dem Arbeitsmarkt. Während 1913 etwa halb soviel Frauen wie Männer versichert waren, kamen im Jahre 1916 schon 84 Frauen auf 100 Männer, und seit Anfang 1917 ist die Zahl der versicherten Frauen größer als die der versicherten Männer. Dies beruht zum Teil auf Einberufung der Männer zum Heeresdienst, zum anderen Teil auf der gewaltigen Zunahme der versicherten Frauen, deren Zahl sich z. B. bei Krupp in den letzten 2 Jahren mehr als verzehnfachte und in der chemischen Industrie von 16000 im Jahre 1913 auf 80000 im Jahre 1916 gestiegen ist.

Im Frieden lagen die Gesundheitsverhältnisse der versicherungspflichtigen Frau im Vergleich zum Manne etwa so:

Im allgemeinen erkrankte die berufstätige Frau leichter und länger als der Mann im gleichen Berufe, und bemerkenswerterweise scheint die geistige Arbeit weniger zuträglich gewesen zu sein, als die körperliche. Während von den Versicherten der Leipziger Orts-Krankenkasse durchschnittlich 44 % der Arbeiterinnen und 41 % der Arbeiter erkrankten, die Arbeiterin durchschnittlich 26 1/2 und der Arbeiter nur 23 Tage krank war, zeigte sich im Kaufmannsstande, der halb geistige und halb körperliche Betätigung erfordert, der Unterschied viel größer. Die Krankheitsdauer der Kaufmannsgehilfin war um 6/10, also gut die Hälfte länger als bei den Männern gleichen Berufes. Im Lehrerstande, einem rein geistigen Berufe, betrug die durchschnittliche Krankheitsdauer sogar 14,8 Tage bei den Lehrerinnen gegen nur 6,7 Tage bei den Lehrern. Sie war also bei den geistigen Arbeiterinnen etwa doppelt so groß wie bei den Männern in demselben Berufe. Die Ursachen hierfür liegen in der schwächeren Konstitution der Frau, in ihrer geringeren Widerstandsfähigkeit gegen Berufsschädigungen und in der größeren Empfindlichkeit des weiblichen Geschlechts krankmachenden Einflüssen gegenüber.

Dazu tritt als ein großer mitbestimmender Faktor noch die Geschlechtstätigkeit der Frau. Es ist bekannt, daß die verschiedenen Vorgänge, die mit dem Fortpflanzungsgeschäft zusammenhängen, die Gesundheit der Frauen recht lebhaft beeinflussen können. Bei der Arbeiterin tritt das ungünstige Moment des Zusammentreffens von Arbeitsleistung und Geschlechtstätigkeit besonders deutlich hervor. Es zeigt sich nämlich, daß die Sterblichkeit der Arbeiterin im 20.—35. Lebensjahre, der Zeit der größten Fruchtbarkeit, und im 45.—50. Jahre, den sogenannten Wechseljahren, höher ist als die Sterblichkeit der Frau im Reichsdurchschnitt, höher auch als die Sterblichkeit des Arbeiters im gleichen Alter. In Preußen starben durchschnittlich von 10000 Männern im Alter von 20—25 Jahren jährlich 55, von den Frauen im gleichen Alter nur 54; die Frau steht also hier nach etwas günstiger als der Mann. Von 10000 gleichaltrigen weiblichen Versicherten der Leipziger Orts-Krankenkasse starben aber 58 jährlich, das heißt, die Sterblichkeit der Arbeiterin ist um 4 auf 10000 größer als der Reichs-

durchschnitt und um 7 auf 10000 größer als die der gleichaltrigen Arbeiter, von denen nur 51 auf 10000 starben.

Aehnlich wie die Sterblichkeitsziffer verhält sich auch die Krankheitsziffer der Arbeiterin im Alter von 20—35 Jahren zu der des Arbeiters. Von 100 Männern erkrankten 37%, von 100 Frauen 46% in diesem Alter, während in den übrigen Altersklassen die Krankheitszahlen der Frau gleich denen des Mannes sind oder noch darunter liegen. Besonders deutlich tritt der Einfluß der Arbeit in der Krankheitsziffer der Tuberkulose hervor. Von 10000 Mitgliedern der Leipziger Orts-Krankenkässe erkrankten jährlich 77 Männer und 63 Frauen an Tuberkulose. Die Frau steht sich also auch hier im Durchschnitt günstiger. Im Alter von 25—35 Jahren erkrankten aber von 10000 weiblichen Versicherten 83 und von der gleichen Zahl männlichen Versicherten nur 82 an Tuberkulose, so daß die Frau in der Zeit der stärksten Fruchtbarkeit sich ungünstiger steht als der Mann. Dieselbe Erscheinung wie bei den Tuberkulosekrankheitsziffern beobachtet man auch bei der Tuberkulose-Sterblichkeit der Arbeiterin im 20.—35. Jahre. 1900 starben in ganz Preußen durchschnittlich von 10000 Frauen 19,2 an Tuberkulose, von 10000 Arbeiterinnen in dem oben erwähnten Alter aber 38, also doppelt soviel.

Demnach gilt über den Einfluß der Berufsarbeit der Frau im Frieden folgendes:

Die Berufsarbeit ist für die Gesundheit der Frau nicht vorteilhaft. Ihr krankmachender Einfluß tritt am deutlichsten in der Zeit der stärksten Fruchtbarkeit hervor. Er zeigt sich am ausgesprochensten bei den Fabrikarbeiterinnen, aber auch bei den Landwirtsfrauen und den Frauen landwirtschaftlicher Arbeiter. Diese stehen sogar ungünstiger als die Industrie-Arbeiterinnen da, woraus wir deutlich den segensreichen Einfluß unserer sozialen Gesetzgebung, der Arbeiter-Schutzgesetze und der Gewerbe-Hygiene erkennen können. Schließlich ergibt sich noch die betrübende Tatsache, das Berufsarbeit und Mutterschaft sich nur schwer vereinbaren lassen, und daß in vielen Fällen die Mutterschaft, die vornehmste Aufgabe der Frau, hinter der Berufsarbeit zurücktreten muß. Dies bedeutet bei der großen Zahl der erwerbstätigen Frauen eine Bedrohung des Bestandes und der Zukunft unseres Volkes. Der Anteil, den die Berufsarbeit der Frau an dem Geburtenrückgang hat, läßt sich schwer einschätzen, da zu viele Umstände auf ihn einwirken. Immerhin würde das im Königreich Sachsen beobachtete Zusammentreffen von Geburtenrückgang und Zunahme der Zahl der Arbeiterinnen im Alter von 20—30 Jahren dafür sprechen, daß die Berufsarbeit der Frau auf ihr Fortpflanzungsgeschäft ungünstig einwirkt. Der Ablauf der Geburt wird dagegen anscheinend nicht durch die Berufsarbeit beeinflußt.

Welchen Einfluß hat nun die Kriegsarbeit auf die Gesundheit der Frau?

Die allgemeine Annahme wird im Hinblick auf die Ernährungsschwierigkeiten und das Mißverhältnis von körperlicher Anlage der Frau zur Schwere der Munitionsarbeit und anderer Kriegsberufe zunächst dahin gehen, daß es schlecht um die Gesundheit unserer arbeitenden Frauen bestellt sein müsse. Aber wider Erwarten ist die nach dem bis jetzt vorliegenden Material nicht der Fall. Es scheint, als ob der Krieg, der uns auch sonst gelehrt hat, unser Ich hinter den Anforderungen der Allgemeinheit zurücktreten zu lassen, auch das Verhalten der Menschen Krankheiten gegenüber verändert hat. Unsere Nerven sind gegen Kleinigkeiten unempfindlich geworden. Mit dem Kriegsausbruch trat nämlich, trotz der Einberufung des besten Materials der Krankenkassen in Gestalt der wehrfähigen Männer, eine erhebliche Abnahme der Krankheitsziffer bei fast allen Kassen ein. Aus einem Bericht des Kassenbeamten Gräf in Frankfurt a. M., der 30 Kassen umfaßt, aus den Berichten der Orts-Krankenkassen zu München, zu Dresden und zu Leipzig geht übereinstimmend hervor, daß in den ersten drei Kriegsjahren die Häufigkeit wie die Dauer der Krankheiten bei den Frauen erheblich zurückging, und daß sich die Krankheitszahlen bei den Männern wie bei den Frauen bis Ende 1916 dauernd unter den Friedeszahlen bewegten, wenn auch ein kleiner Anstieg im Jahre 1916 nicht zu verkennen ist.

Ueber den Einfluß der Kriegsberufsarbeit der Frau auf ihre Gesundheit kann man zusammenfassend etwa folgendes sagen:

Wenn auch das vorliegende Material nicht lückenlos ist und nicht bis in alle Einzelheiten übereinstimmt, so zeigt sich doch erfreulicherweise allgemein, daß die Befürchtung, die zunehmende Beschäftigung der Frau, insbesondere in der Industrie, würde ihre Gesundheit schwer schädigen, nicht eingetroffen ist, ja, überraschenderweise ist wie bei den Männern auch bei den Frauen die Krankheitshäufigkeit geringer und die Krankheitsdauer kürzer als im Frieden. Auch die Sterblichkeit der Arbeiterinnen hat bis Anfang 1917 nicht wesentlich zugenommen. Dies trifft auch auf die großen Städte und auf industriereiche, dicht bevölkerte Gegenden Deutschlands zu, deren Versorgung mit Lebensmitteln im Kriege mit besonderen Schwierigkeiten verbunden ist.

Wie liegen nun die Verhältnisse in Bochum?

Dank der überaus entgegenkommenden Mithilfe der hiesigen Orts-Krankenkasse, der königl. Gewerbeinspektion und des Berg-Reviers Nord-Bochum läßt sich darüber manches Genaue mitteilen: Die Zahl der beschäftigten Frauen hat auch hier erheblich zugenommen. Bei der Orts-Krankenkasse verschob sich das Verhältnis der versicherten Frauen von 45 zu 100 im Jahre 1913 auf 88 zu 100 im Jahre 1916 und seit dem 1. Dezember 1916 übertrifft die bei der Orts-Krankenkasse versicherte Zahl der Frauen die der Männer erheblich. Es gibt kaum noch ein Gewerbe, in dem nicht Frauen beschäftigt werden, auch die schwerste Arbeit, z. B. beim Tiefbau, haben sie übernommen, denen sie

infolge ihrer schwächeren Konstitution manchmal nicht gewachsen sind. Es handelt sich jedoch da nur immer um Einzelfälle. Im ganzen hat sich die Gesundheit der versicherten Frauen nicht erheblich verschlechtert. Zwar findet sich in Bochum merkwürdigerweise eine kleine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit der versicherten Frauen, während die Erkrankungshäufigkeit der Männer, wie bei allen anderen Kassen im Kriege abgenommen hat. Dafür ist die Erkrankungsdauer bei den Frauen aber erheblich zurückgegangen, die der Männer etwa gleich geblieben.

Noch viel stärker als bei der Orts-Krankenkasse prägt sich die Zunahme der Frauenarbeit im Kriege in den Betrieben aus, die der königl. Gewerbeinspektion unterstellt sind. Die Zahl der von ihr beaufsichtigten Arbeiterinnen hat sich seit 1910 mehr als verzehnfacht. Glücklicherweise ist nur etwa der 9. Teil von ihnen verheiratet, so daß bisher ein stärkerer Einfluß der Industriearbeit auf die Mutterpflicht der Bochumer Arbeiterfrauen wohl noch nicht eingetreten ist; ein Umstand, der wegen der Aufsichtsnot und der Erziehung unserer Kinder im Kriege sehr beachtentwert ist. Es konnte festgestellt werden, daß die verheirateten Arbeiterinnen 741 Kinder, nämlich 28 Säuglinge, 293 Kleinkinder und 420 Schulkinder hatten. Von diesen Kindern waren durch Erwachsene 414, also etwa 60 % genügend beaufsichtigt. 203 = 28 % wurden nur durch Geschwister beaufsichtigt. Diese Beaufsichtigung ist wohl in allen Fällen als ungenügend anzusehen,. da die Kinder über 14 Jahren hier fast alle zur Arbeit gehen. Gänzlich unbeaufsichtigt waren nur 86 oder 12 % der Kinder der in der Industrie beschäftigten Arbeiterinnen, die der königl. Gewerbeinspektion unterstehen. Bei den Frauen, die der Aufsicht des Berg-Reviers, Nord-Bochum unterstehen, liegen die Verhältnisse ähnlich.

Die Antwort auf die Frage nach dem Einfluß der Kriegsarbeit auf die Gesundheit der Frau lautet also etwa folgendermaßen:

Wenn auch die Zunahme der Frauenarbeit und die Beschäftigung in der Industrie nachgewiesenermaßen nicht ohne schädlichen Einfluß auf die Gesundheit der Frau, auf die Mutterschaft und auf die Gesundheit und Erziehung der Nachkommenschaft ist, so kann man doch erfreulicherweise feststellen, daß unter dem Einfluß des Krieges keine sichtbare Zunahme der gesundheitlichen Schäden, sondern eher eine Besserung eingetreten ist.

Einer besonderen Beachtung bedürfen nach wie vor die Einflüsse der Kriegsarbeit auf die Mutterschaft und die Erziehunng der Kinder der erwerbstätigen Frauen Die Stadt Bochum hat deshalb eine besondere Abteilung für Kleinkinderfürsorge eingerichtet.

Letzten Endes hat sich ergeben, daß unser Volk und unsere deutschen Frauen, die schon so Uebermenschliches geleistet

haben im Durchhalten, auch in der Berufsarbeit zeigen, daß sie ein Menschenmaterial von ganz hervorragender Klasse sind; ein Material, für dessen Fortbestand wir im Interesse unseres Volkes und der gesamten Menschheit kämpfen und ausharren müssen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wohnungshygiene.

Unsere Wohnungsuntersuchungen in den Jahren 1915 und 1916. Im Auftrage des Vorstandes der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin bearbeitet von Albert Kohn. Halbmonatschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin. Jahrgang 25, 20. Dezember 1917, Nr. 26.

Aus dieser Veröffentlichung interessieren wohl allgemein folgende Ergebnisse: 82 Kranke hatten nicht einmal 6 qm Bodenfläche zur Verfügung; 38 Kranke hausten in Räumen ohne jedes Fenster; 42 Personen hatten nur bis 5 cbm Luftraum zur Verfügung; 4000 Infektionskranke mußten in einem Raume mit anderen Personen nächtigen. In einzelnen Fällen hatten bis zu 40 Personen und darüber nur einen Abort zur Verfügung; über 6 % der Kranken mußten auf dem Hofe liegende Aborte aufsuchen. 1920 Kranke teilten während ihrer Krankheit ihr Bett mit anderen Personen. In einem Haushalte mit 14 Personen befanden sich nur 5 große und 2 Kinderbettstellen.

Dr. Hoffmann-Berlin.

2. Nahrungsmittelhygiene.

Ueber das neue Großsche Verfahren zur Herstellung von Vollkornbrot. Von Prof. Dr. K. O. Neumann-Bonn. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentl. Gesundheitswesen; III. Folge; 53. Bd., Jhrg. 1917, 1. H.

Das Großsche Verfahren besteht im wesentlichen darin, daß das Getreide nach sorgfältigem Waschprozeß in einem geeigneten Apparat von der zellulosereichen Fruchthaut befreit wird und darauf durch eine eigenartige Vorrichtung läuft, in der die Kleberzellen größtenteils zermalmt und zertrümmert werden. Das auf diese Weise gleichmäßig und äußerst fein zerkleinerte Mahlgut wird sofort mit Sauerteig angesetzt und alsdann in der üblichen Weise verbacken. Zerkleinerungs- und Backprozeß ist in 3—4 Stunden beendet. In hygienischer Hinsicht hat dieses Verfahren nach Ansicht des Verfassers und auf Grund seiner Untersuchungen ganz bedeutende Vorzüge, die den bisherigen Verfahren fehlen; es bedeutet deshalb einen wesentlichen Fortschritt auf dem Gebiete der Brotbereitung. Die Vorzüge liegen vor allem in der großen Sauberkeit, mit der der gesamte Prozeß bis zum fertigen Brot verläuft; denn das Mahl- und Backgut kommt mit den Händen gar nicht in Berührung, da diese bei dem rein maschinellen Betriebe ganz ausgeschaltet sind. Auch die Ausschaltung der Müllerei, durch die sich eine Aufbewahrung größerer Mengen von Mehl erübrigt, bedeutet einen nicht unerheblichen Vorzug. Vor allem gewährleistet aber das Verfahren stets ein gleichmäßiges, wohlschmeckendes und vollhaltiges Brot, das nicht nur dauernd ohne jede Beschwerden genossen werden kann, sondern auch am höchsten ausgenutzt wird (47 % gegen 22,65 % Roggenbrot, 28,45 % Kommißbrot, 35 % reines Weizenbrot). Rpd.

Zur Volksernährung. Von R. E. May-Hamburg, Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin. Jahrgang 26, 25. April 1918, Nr. 9.

Verfasser berechnet den Ernteertrag von Kartoffeln und berücksichtigt seine Verteilung; er kommt zu dem Schluß, daß nach Abzug der Mengen, die für andere Zwecke gebraucht werden und verloren gehen, für Ernährung noch so viel übrig bleiben müsse, daß auf den Kopf der Bevölkerung 11,5 Pfund auf die Woche entfallen. Er ist mit der jetzt üblichen Erhöhung der Kartoffelration für den Schwerarbeiter nicht einverstanden. Dieses „Mehr" komme naturgemäß nicht nur dem Schwerarbeiter zu gute, denn an der Familientafel, wo die „Mutter" die Rationen austeile, würden sicherlich die anderen

Familienmitglieder von der Mutter auch berücksichtigt; deshalb müsse auch beim Schwerarbeiter die Kartoffelration für alle Familenmitglieder erhöht werden, wenn der Arbeiter einen Vorteil haben sollte, und das sei nach den vorausgegangenen Berechnungen durchaus möglich. Dr. Hoffmann-Berlin.

3. Gewerbehygiene.

Zur Frage der Meldepflicht von Berufskrankheiten. Von Dr. Curschmann-Wolfen. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1918, Nr. 1—2.

Der Verfasser tritt für die Meldepflicht von Erkrankungen ein, die durch nitrierte aromatische Kohlenwasserstoffe erzeugt sind, und gibt den Entwurf eines Meldeformulars. Dr. Wolf-Hanau.

Beiträge zur Toxikologie der aromatischen Nitroverbindungen. Von Reg.- und Med.-Rat Dr. Koelsch-München. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1917, H. 3—7.

Die aromatischen Nitrokörper sind keineswegs einheitlich wirkende Substanzen:

1. Die nitrierten Benzole sind als gewerbliche Gifte 1. Ordnung zu bezeichnen.
2. Die nitrierten Toluole entfalten nur eine relativ geringe Giftwirkung.
3. Die nitrierten Naphthaleine bewähren sich als harmlose bezw. ungiftige Substanzen.

Der Verfasser bespricht dann noch die Diagnose, Therapie und Prophylaxe. Dr. Wolf-Hanau.

Die Giftwirkung des Tetranitromethans. Von Reg.- und Med.-Rat Dr. Koelsch-München. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1917, Nr. 10.

Die Wirkungsweise des Tetranitromethans ist toxikologisch durch die chemische Struktur, d. h. den Gehalt an 4 NO_2-Gruppen im Molekul wohl erklärlich; sie ist eine örtlich reizende und allgemein schädigende. Erstere kommt im höchsten Grade bei der Inhalation zur Geltung, wo sich in den Luftwegen die charakteristischen Reizerscheinungen entwickeln, die in schweren Fällen — ähnlich wie bei den nitrosen Gasen — unter den Symptomen der Bronchopneumonien und des Lungenödems zum Tode führen. Der rote Blutfarbstoff wird in Methaemoglobin umgewandelt. Dr. Wolf-Hanau.

Tödliche gewerbliche Vergiftungen durch Trinitrotoluol und Tetranitromethan. Von Reg.- und Gewerberat Dr. Fischer-Potsdam. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1917, Nr. 11.

Bei den Erkrankten handelte es sich mit Ausnahme von zwei Fällen um jugendliche Personen. Das weibliche Geschlecht scheint ganz besonders gefährdet, die Jahreszeit dagegen scheint ohne Einfluß zu sein. Man sollte daher weibliche Personen von solchen Arbeiten fernhalten, wenigstens solche unter 30 Jahren. Dr. Wolf-Hanau.

Vergiftungen durch Trinitrotoluol in England und Deutschland. Von Reg.- und Med.-Rat D. Koelsch-München. Zentralbl. f. Gewerbehygiene; 1918, Nr. 4 und 5.

Von einer typischen gewerblichen Vergiftung kann wohl kaum gesprochen werden, vielmehr sind diese Fälle lediglich als Ausnahmefälle auszusprechen, hervorgerufen durch ausnahmsweise Verunreinigung der Substanz oder durch besondere individuelle Disposition oder durch besonderes unsauberes Arbeiten und ähnliche Zufälligkeiten. Wohl aber halten wir uns der Zustimmung aller erfahrenen Gewerbehygieniker sicher, wenn wir als die spezifische Wirkung des Trinitrotoluols die Blutschädigungen bezw. die Methämoglobinbildung bezeichnen, ähnlich wie wir sie bei der Vergiftung durch nitrierte Benzole in ausgesprochener Form finden, allerdings beim Trinitrotuluol in einem sehr gemilderten Grade und bei weitem nicht so häufig. Natürlich kann auch das Zeichen der Zerstörung der roten Blutzellen ein hämatogener Icterus gelegentlich auftreten, der aber mit der geschilderten hepatogenen Gelbsucht nicht zusammen geworfen werden darf. Die üblichen Maßnahmen der gewerbehygie-

nischen Prophylaxe genügen jedoch, um diese Vergiftungssymptome auf ein Mindestmaß zurückzuführen. Die Einführung einer Meldepflicht für diese Vergiftungen erscheint unabweisbar. Fürs zweite müssen den Aerzten entsprechende Merkblätter und Formblätter ausgehändigt werden, die ihnen die Beurteilung des Falles erleichtern, sie auf die zur späteren Beurteilung maßgebenden Gesichtspunkte hinweisen und damit die Mängel an gewerbehygienischen Spezialkenntnissen beheben, die selbst bei sonst gut vorgebildeten Aerzten allenthalben bestehen. Dr. Wolf-Hanau.

Gewerbliche Erkrankungen durch gechlorte Kohlenwasserstoffe. Von Gewerberat Wauer-Berlin. Zentralbl. f. Gewerbehygiene; 1918, Nr. 6.

Neuerdings treten Talgdrüsenentzündungen, und zwar in hochgradigster Form, bei der Tränkung von Geweben mit gechlorten Kohlenwasserstoffen auf; hier wird vor allen das Gesicht in starke Mitleidenschaft gezogen, und zwar derart, daß sich ganze zusammenhängende Krusten bilden, die äußerst entstellend wirken. Als weitere Folge der Erkrankung zeigt sich eine nicht unerhebliche Beeinträchtigung der unteren Extremitäten; es macht sich in ihnen ein Schwächegefühl geltend, daß sich durch einen unsicheren Gang kennzeichnet. Soweit die bisherigen Erfahrungen reichen, scheint die Krankheit keine dauernden Folgen zu hinterlassen, vielmehr mit der Aufgabe der Arbeit allmählich nachzulassen und schließlich ganz zu schwinden. Von größter Wichtigkeit erscheint, durch geeignete Einrichtungen die Temperatur der Schmelzmasse möglichst niedrig zu halten und durch zweckmäßige Anlage der Absaugeeinrichtungen einen Austritt der Dämpfe und des Staubes mit Sicherheit zu verhindern, endlich den Arbeitern dicht schließende Arbeitskleidung und die nötigen Wasch- und Reinigungsmittel zur Verfügung zu stellen.

Dr. Wolf-Hanau.

Das Rohzelluloid. Von Gewerbeassessor Zäuner-Berlin. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1918, Nr. 4—5.

Der Verfasser bespricht ausführlich die Gefahren bei der Herstellung des Rohzelluloids und die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung.

Dr. Wolf-Hanau.

Untersuchungen über den Einfluß der Arbeitszeit und der Ueberarbeit auf die Arbeitsleistungen und die Ermüdung der Arbeiter. Von Dr. Leymann-Lichterfelde. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1918, Nr. 7.

Der Verfasser berichtet über Untersuchungen, die in England während des Krieges von der Regierung vorgenommen sind, über 1. Ermüdung als Folge der Ueberarbeit; 2. Einfluß der Müdigkeit und Ueberstunden auf die Leistung; 3. Wirkung des Essens; 4. Gleichgewicht und Ersatz der Energie; 5. Einfluß der Ueberstunden auf die Gesundheit der Arbeiter. Die Schlußfolgerungen bedürfen der Nachprüfung. Dr. Wolf-Hanau.

Eignung der Frau zur Arbeit in der chemischen Industrie. Von Dr. S. Curschmann-Wolfen. (Zentralbl. f. Gewerbehygiene; 1918, Nr. 3—4.

Soweit, durch die Umstände geboten, sich die Beschäftigung von Frauen auch in Betrieben erforderlich macht, in denen vor dem Kriege Frauenarbeit gesetzlich untersagt war, dürfen auch in diesen Frauen und Mädchen nicht zu Arbeiten verwandt werden, die der Eigenart des weiblichen Körpers in besonderem Maße schädlich sind und vor allem die Erzeugung und Aufzucht einer gesunden Nachkommenschaft in Frage stellen. Insbesondere ist eine derartige Beschäftigung von Arbeiterinnen während der Schwangerschaft und Laktationszeit zu untersagen. Bei der Gewinnung der weiblichen Arbeiterschaft für die chemische Kriegsindustrie muß daher auf Ausschluß der Frauen von für sie besonders schädlichen Arbeiten und auf Auslese der Arbeiterinnen für die einzelnen Tätigkeiten je nach ihrer individuellen Wiederstandskraft mehr wie bisher Rücksicht genommen werden, um schwere Schädigungen für unsere Nachkommenschaft zu vermeiden. Die Mitwirkung ärztlicher Berater ist dabei in ausschlaggebender Weise heranzuziehen. Dr. Wolf-Hanau.

Ueber Arbeiterschutzkommissionen und Erziehung zur Unfallverhütung. Von Dr. A. Bensler. Zentralbl. f. Gewerbehygiene; 1918, Nr. 1.

Der Verfasser empfiehlt Kommissionen aus Ingenieuren, Meistern und Arbeitern. Dr. Wolf-Hanau.

---

4. Bekämpfung des Alkoholismus.

Welche alkoholgegnerischen Gesetzgebungs- und Verwaltungsmaßnahmen sind für die Zukunft erforderlich? (Unter Berücksichtigung der Kriegserfahrungen.) Denkschrift des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke. Die Alkoholfrage; 1918, H. 1, Berlin W, Mäßigkeitsverlag.

Die Denkschrift, die dem Kaiser, den bundesstaatlichen Fürsten, den obersten Stellen der Reichsregierung sowie den Staatsregierungen zugegangen und zur weitgehenden Verbreitung und Erörterung bestimmt ist, enthält in Form von Anträgen und Berichten, die von einer Kommission sachkundiger Persönlichkeiten bearbeitet und beraten sind, dasjenige, was unter Berücksichtigung der Kriegserfahrungen an Verbesserungen auf dem Gebiete der Gesetzgebung und Verwaltung zur wirksamen Bekämpfung des Alkoholismus für notwendig erachtet wird. Der Stoff ist in 9 Unterabteilungen gegliedert, nämlich: Konzessionsreform, Polizeistunde, Einschränkung der Herstellung geistiger Getränke, Steuerreform und geistige Getränke, Vorschläge für Heer, Flotte, höhere Schulen und Hochschulen, Maßnahmen für Jugendschutz und Jugendpflege, Maßnahmen für die Umgestaltung des Strafgesetzbuchs, Maßnahmen für die Trinkerfürsorge, Maßnahmen für Verkehrswesen, Gasthausreform usw.

Bei der Konzessionsreform wird die Novelle zur Gewerbeordnung, die im Entwurf 1914 dem Reichstag vorgelegt wurde, als eine annehmbare Abhilfe gegen die schlimmsten Mängel des gegenwärtigen Rechtszustandes bezeichnet, außerdem aber der Wunsch nach einigen Maßnahmen polizeilicher und privatrechtlicher Art (Verbot der Verabreichung geistiger Getränke an Jugendliche, an Trinker und auf Borg, Neuordnung der Schankwirtschaften mit weiblicher Bedienung u. a.) geäußert.

Hinsichtlich der Polizeistunde werden die im Kriege bewährten Einschränkungen gefordert (Schließung der Lokale von 12 Uhr nachts bis 8 Uhr morgens, Einschränkungen betreffend Schnapsausschank).

Für die Einschränkung der Herstellung geistiger Getränke lauten die Anträge auf möglichste Verbietung, den Branntwein aus Stoffen für die menschliche Ernährung herzustellen, auf Kontrolle über Menge und Alkoholgehalt des erzeugten Branntweins, Sicherstellung der Reinigung des Branntweins von allen schädlichen Verunreinigungen, Einführung des Großhandelmonopols für Branntwein, Beaufsichtigung des Kleinhandels u. s. f. bei strenger Bestrafung von Zuwiderhandlungen. Wie eine Einschränkung der Erzeugung von Bier und Trinkbranntwein zu fördern ist, so muß auch positiv durch Errichtung alkoholfreier Gasthäuser und gute Ersatzgetränke dem Verbrauch geistiger Getränke vorgebeugt werden.

Eine Steuerreform muß namentlich eine Erhöhung der Abgaben auf Alkoholgetränke mit Abwälzung auf den Verbraucher ins Auge fassen; die Alkoholsteuern sind in Deutschland weitaus geringer als in den meisten anderen Großstaaten. Ein Teil der Eingänge aus der Alkoholbesteuerung soll für die Bekämpfung des Mißbrauchs geistiger Getränke verwendet werden.

Für Heer und Flotte, höhere Schulen und Hochschulen sind besondere Vorschläge und Anregungen gegeben, die auf Belehrungen, Ausschluß des Branntweins aus den militärischen Kantinen, Schaffung von Soldatenheimen, vorbildliches Verhalten der Offizierkorps in den Kasinos, Elternabende an höheren Schulen, alkoholfreie Schulausflüge, Umbildung der studentischen Geselligkeit abzielen.

Der Jugendschutz und die Jugendpflege haben alkoholfreie Erziehung, Belehrungen, Wirtshausverbot für Schüler und dergl. mehr zu berücksichtigen.

Bei den Maßnahmen für die Umgestaltung des Strafgesetzbuches kommt der Entwurf zu einem neuen deutschen Strafgesetzbuch den hauptsächlichsten Forderungen entgegen: Bestrafung der Trunksucht selbst (in beschränktem Umfang), Wirtshausverbot für Trunksüchtige, Einführung

der Unterbringung in eine Trinkerheilstätte im Falle der Bestrafung und auch im Falle der Freisprechung wegen Unzurechnungsfähigkeit, Einführung der Unterbringung in eine Heil- und Pflegeanstalt beim Unterbleiben der Bestrafung wegen Unzurechnungsfähigkeit.

Die Maßnahmen für die Trinkerfürsorge sind Erschwerung und Beschränkung der Gelegenheiten, Alkohol zu sich zu nehmen, Durchführung polizeilicher Trinkerlisten, gesetzliche Möglichkeit schneller und dauernder Entfernung gewalttätiger Trinker aus der Familie, Ermächtigung weiterer Stellen (der Staatsanwaltschaft) zur Stellung von Entmündigungsanträgen.

Als Maßnahmen für Verkehrswesen usw. werden hingestellt: Alkoholverbot für Eisenbahnpersonal im Dienst, Förderung der alkoholfreien Wirtschaften, ferner Reformen auf dem Gebiete der Gasthäuser (Beseitigung der Animierkneipen, Einschränkung der Konzessionserteilung, Abschaffung des Trinkzwanges, Förderung der alkoholfreien Wirtschaften und Reformwirtshäuser), Ausbauung von Volkshäusern, Lesesälen, Volksküchen, Milchhäuschen und dergl. mehr.

Der Leser erkennt aus diesen kurzen Anführungen, daß das ganze große Gebiet der alkoholgegnerischen Maßnahmen, in dieser Denkschrift in sachgemäßer Weise gegliedert, zur Besprechung kommt. Die vorgeschlagenen Verbesserungen entsprechen längst und oft geäußerten Wünschen; sie sind durchführbar und schießen nicht über das Ziel hinaus. Jeder, dem an der Gesunderhaltung unseres Volkes liegt, wird den Wunsch haben müssen, daß das, was der Deutsche Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke mit dieser Denkschrift anstrebt, auch erreicht wird. Dr. Solbrig-Breslau.

---

5. Soziale Hygiene.

Geburtenrückgang und Volkssittlichkeit. Von Oberkirchenrat D. Dr. G. Behm-Schwerin i. M. Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; 1917, H. 3.

An der sittlichen Volkserziehung müssen mitwirken: der Staat, die Kirche, die Schule, die Familie; daneben sind Zweckorganisationen dringend notwendig. Dr. Wolf-Hanau.

Sozialpolitische Bevölkerungspolitik. Von Dr. M. Baum. Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; 1917, Nr. 11.

Folgende Aufgaben sind zu erfüllen: 1. Wohnpolitik, 2. die Politik der Regelung der Einkünfte, 3. Erziehungspolitik, 4. Politik der Wohlfahrtspflege. Dr. Wolf-Hanau.

Gedanken statistischer und naturwissenschaftlicher Art zur Bevölkerungspolitik. Von R. Landvogt. Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; 1917, Heft 2—3.

In der heutigen Emanzipation des Weibes liegen weit mehr Keime für den künftigen Geburtenrückgang als in der Willensrichtung des Mannes. Die Grundlage einer wirksamen Bevölkerungspolitik muß sich vor allem auf naturwissenschaftlichen Erkenntnissen aufbauen Dr. Wolf-Hanau.

Tagesnachrichten.

Durch Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 31. August d. J. ist für die besonderen Aufgaben der Reichsverwaltung auf dem Gebiete des Wohnungswesens in der Zeit des Ueberganges von der Kriegs- zur Friedenswirtschaft im Reichswirtschaftsamt ein **Reichskommissar für Wohnungswesen** bestellt worden, dem folgende Aufgaben zugewiesen sind: 1) Verteilung verfügbarer Heeres- und Marinevorräte für Bauzwecke im Einvernehmen mit dem Reichskommissar für die Verwertung des entbehrlich werdenden Heeres- und Marine-

gutes, 2) Förderung der Erzeugung von Baustoffen, 3) Regelung des Absatzes von Baustoffen, 4) Gewährung von Bauzuschüssen aus den durch den Reichshaushalt bereitzustellenden Mitteln.

Der Reichskommissar vertritt den Staatssekretär des Reichswirtschaftsamts bei der Durchführung der obengenannten Aufgaben nach außen hin selbständig. Er führt den Vorsitz in einem ihm beizugebenden Ausschuß, der in grundsätzlichen Fragen zu hören ist und dessen Mitglieder vom Reichskanzler ernannt werden. Zum Reichskommissar ist der bisherige Unterstaatssekretär im preußischen Handelsministerium, Wirkl. Geh. Rat Dr. Freiherr von Coels von der Brügghen, ernannt.

Am Montag, den 7. Oktober, vormittags 10½ Uhr, findet in Dresden (Vortragssaal des Neuen Rathauses) die **IV. Krippenkonferenz** statt. Zur Verhandlung gelangen: Die Aussichten der Versorgung der Kinder außerhäuslich erwerbstätiger Frauen in Familie und Anstalt (Prof. Dr. Rietschel-Würzburg) und Kriegskinderheime, ihre Stellung in Gegenwart und Zukunft (Prof. Dr. Ibrahim-Jena).

An demselben Tage wird im Lichthof des Neuen Rathauses die bis zum 20. Oktober dauernde öffentliche **Ausstellung: die Versorgung der Kinder außerhäuslich erwerbstätiger Frauen und die Krippen**, eröffnet werden.

Vom 8.—19. Oktober d. J. soll ein **Fortbildungskursus für Krippenpflegerinnen und Mitarbeiter im Krippenwesen** abgehalten und in diesem den Teilnehmern Gelegenheit gegeben werden, sich mit den Fortschritten auf dem Gebiete des Krippenwesens bekannt zu machen, besonders mit den neueren Anschauungen über Pflege und Ernährung des Säuglings und Kleinkindes, über Betrieb und Einrichtung einer Krippe, ferner über die Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, von denen besonders Krippenkinder heimgesucht werden. Der Lehrplan umfaßt folgende Vortragsgruppen: 1. Klinische Vorträge über Ernährung und Ernährungsstörungen des Säuglings- und Kleinkindes und über ansteckende Krankheiten, 2. Vorträge mit praktischen Uebungen über die Pflege, und 3. allgemeine Vorträge und zwar über die historische Entwicklung des Krippenwesens, Krankheit und Tod im Säuglings- und Kleinkindesalter, die körperliche Entwicklung des Kindes, die seelische Entwicklung des Kindes, Erziehung und Beschäftigung des Kleinkindes, Krippenwesen in Stadt und Land und die Krippe als Glied der allgemeinen Fürsorge, Aufgabe und Stellung des Krippenarztes und der Krippenpflegerin, Frauenarbeit und Kinderschutz, Stillstube und Fabrikkrippe. Anmeldungen sind an die Geschäftsstelle des Deutschen Krippenverbandes, Charlottenburg 5, Mollwitz-Privatstr. zu richten. Die Einschreibegebühr für den Kurs beträgt 15 M. Zulassungsgebühr für den einzelnen Vortrag der theoretischen Nachmittagsvorträge 0,50 M., für alle Nachmittagsvorträge 5 M.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse: Stabsarzt Dr. Carl Albert, Sohn des Geh. Med.-Rats Dr. Albert, Kreisarzt in Meisenheim (Reg.-Bez. Koblenz).

Das Verdienstkreuz des souveränen Malteser Ritterordens mit dem Bande der Kriegsdekoration: Med.-Rat Dr. Reckmann, Kreisarzt in Geldern.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben:

Der Fahnenjunker und Unteroffizier Gottfried Feige, zweiter und letzter Sohn des Med.-Rats Dr. Feige, Kreisarzt in Marienburg (Westpreußen).

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Königreich Bayern.

Gestorben: Bezirksarzt Dr. G. Schmidt in Wolfratshausen.

Königreich Württemberg.

In den Ruhestand getreten: Med.-Rat Dr. Schmid, Oberamtsarzt in Brackenheim.

Grossherzogtum Hessen.

Ernannt: Der außerordentliche Professor Dr. Jesionek in Gießen **zum** ordentlichen Professor in der dortigen medizinischen Fakultät.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Die Bezirksarztstellen in **Fürstenfeldbruck** und **Wolfratshausen.** Bewerbungen sind bei der für den Bewerber zuständigen Königlichen Regierung, Kammer des Innern, einzureichen.

31. Jahrgang; Nr. 19. Ausgegeben am 5. Oktober 1918.

ZEITSCHRIFT
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl.-Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung erscheint diesmal nicht, sondern wird der nächsten Nummer als Doppelnummer beigefügt.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geh. Med.-Rat: den Kreisärzten und Med.-Räten Dr. Eickhoff in Siegburg, Dr. Sarganeck in Köslin, Dr. Paffrath in Cleve und Dr. Gebhardt in Lauban sowie Prof. Dr. Schloßmann in Düsseldorf; — als Medizinalrat: den Kreisärzten Dr. Duda in Ilfeld, Dr. Straube in Schwerin a. W., Dr. Franz in Lötzen, Dr. Kloß in Striegno, Dr. Mennicke in Hameln, Dr. Stöltzing in Ziegenrück, Dr. Meyer in Templin, Dr. Schreber in Berlin, Dr. Schüler in Pinneberg, Dr. Klingmüller in Strehlau und Dr. Thomalla in Ohlau sowie dem Gerichtsarzt Dr. Berg in Düsseldorf und dem Apotheker Hildebrand in Danzig, pharmazeutischer Assessor bei dem Medizinalkollegium in der Provinz Westpreußen; — der Titel Professor: den Privatdozenten Dr. Meyerhof in Berlin und Dr. Korff-Petersen, Abteilungs-

(Fortsetzung der Personalien auf der fünften und letzten Seite des Umschlags.)

31. Jahrg. 1918.

Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 19.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Okt.

Aus dem Universitätsinstitute für gerichtliche Medizin in Wien (Vorstand: Prof. A. Haberda).

Ueber eine gleichzeitige Vergiftung zweier Familien durch Leuchtgas.

Von Dr. Heinrich Katz, Assistenten am Institute.

Leuchtgasvergiftungen, entstanden durch Eindringen von Leuchtgas aus einem undichten oder geborstenen Rohr der unterirdischen Straßenleitung in Häuser, sind bereits seit langem bekannt, freilich ohne genauere Kenntnis der hierbei obwaltenden physikalischen Vorgänge.

Solche Fälle erwähnen bereits Orfila, Fodéré, Christison u. a. Sie ereignen sich vorzugsweise im Winter; „Weihnachten und Neujahr sind hierfür ganz besonders prädisponierte Zeiten" (Kobert). Der festgefrorene Erdboden verhindert nämlich das Aufsteigen des Gases an der Stelle des Leitungsgebrechens, das Leuchtgas bewegt sich in seitlicher Richtung unter der Erde fort und wird, wie Pettenkofer (1), Welitschkowsky (2) und Sudakoff (3) dargetan haben, durch die Zimmerheizung mit der Grundluft aspiriert. Begünstigend wirkt hierbei nach den Beobachtungen Wesches (4) der im Winter über-

haupt und besonders zur Nachtzeit erhöhte Gasdruck, sowie eine größere Permeabilität des Fußbodens. So erklären sich auch jene Fälle von Leuchtgasvergiftungen in Häusern, die überhaupt keine Gasleitung besitzen.

Wesche hat ferner die ungemein wichtige Beobachtung gemacht, daß das Leuchtgas beim Durchströmen durch Erdschichten seinen charakteristischen Geruch verliert (5), eine Beobachtung, die durch die Experimentaluntersuchungen Biefels und Polecks (6), denen zufolge eine zirka 3,35 m starke Erdschichte die schweren Kohlenwasserstoffe und mit ihnen die im Gas befindlichen riechenden Teerbestandteile zurückbehält, bestätigt wurde. Mit diesem Geruchloswerden des Leuchtgases durch die Erdfiltration geht aber das einzige Warnungszeichen für die bedrohten Hausbewohner verloren; anderseits läßt, wenn einmal eine solche Vergiftung sich ereignet hat, gerade der Mangel an Leuchtgasgeruch den in solchen Fällen Unerfahrenen an alles eher denken als an eine durch Gasrohrbruch entstandene Leuchtgasvergiftung.

Nicht minder wichtig als die Kenntnis dieser physikalischen Verhältnisse ist zum Verständnis derartiger Fälle die Vertrautheit mit dem Wesen und dem Verlauf der CO-Vergiftung am Menschen, insbesonders mit der Tatsache, daß an mehreren einer CO-Vergiftung unter anscheinend gleichen Bedingungen ausgesetzten Personen die Wirkung sehr verschieden ausfallen kann; der eine wird bereits als Leiche, der andere nur besinnungslos oder gar nur mehr minder leicht erkrankt aufgefunden. Dies erklärt sich einmal daraus, daß z. B. in einem Zimmer — also einem nicht hermetisch abgeschlossenen Raum — das Kohlenoxyd ungleichmäßig verteilt ist, was bewirkt, daß eine in der Nähe der CO-Quelle befindliche Person rascher und intensiver vergiftet wird als jemand, der bei einem Fenster oder einer Türe lag, wo er noch Sauerstoff atmen konnte; in zweiter Reihe kommen individuelle Eigentümlichkeiten, als da sind Alter, Kräftezustand, etwa vor der Vergiftung bestandene Krankheiten etc. in Betracht.

Die Unkenntnis dieser Verhältnisse hat öfters zu dem falschen Verdachte geführt, daß der Ueberlebende die anderen ermorden wollte, zu welchem Verdacht das namentlich dem Laien unverständliche Benehmen der durch CO-Gas mehr oder weniger schwer vergifteten überlebenden Personen beitragen kann. Aus der Bewußtlosigkeit erwacht, tragen sie ein verwirrtes, verstörtes, einem Rauschzustande ähnliches Wesen zur Schau; sie sind manchmal völlig apathisch, nehmen die Nachricht vom Tode ihrer Hausgenossen, (also meist der Verwandten) ohne jegliche Anteilnahme auf, oder sie sind ängstlich und zerfahren und geben auf Befragen offenkundig falsche Antworten, was durch die Benommenheit und durch die vollständige Amnesie zu erklären ist, die sich oftmals nicht bloß auf die Zeit der Einwirkung des CO auf das betreffende Individuum, sondern auch auf Vorkommnisse vor der Vergiftung erstrecken kann (7).

Auch Erinnerungstäuschungen, die sogar zu falschen, mitunter ganz ungeheuerlichen Selbstbeschuldigungen führen können, kommen vor, wofür Landgraf (8) ein instruktives Beispiel bringt. Anderseits werden unter dem Einflusse des CO auf das zentrale Nervensystem tatsächlich ganz verkehrte, kriminelle, ja gewalttätige Handlungen unternommen und zwar häufiger im Stadium der unvollkommenen Intoxikation; sie sind aber auch nach der Errettung des Betreffenden aus der CO-Atmosphäre, nachdem sich der Kranke bereits erholt hatte, beobachtet worden (9).

CO-Gasvergiftungen vom Typus der eingangs erwähnten sind in den sechziger und siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts in großer Zahl, unter anderen von Schuhmacher (10), Jakobs (11), Wallichs (12), Cobelli (13), Pawlikowsky und Feigl (14), Wesche (4) veröffentlicht worden; aber auch aus den folgenden Jahren bewahrt die Literatur eine erkleckliche Anzahl. Einzelne dieser Fälle haben wegen der großen Zahl der Opfer Aufsehen erregt, andere wieder infolge der Unkenntnis über die Vorgänge bei der CO-Vergiftung zur fälschlichen Annahme eines Verbrechens und zu Justizirrtümern geführt und so eine traurige Berühmtheit erlangt, wofür sich gleichfalls genug Belege finden (15).

Wenn nun im folgenden über einen derartigen Fall von Leuchtgasvergiftung berichtet wird, der sich zu Weihnachten 1917 in Wien ereignete, so geschieht dies wegen der ganz eigentümlichen und seltsamen Umstände, die dieses Vorkommnis begleiteten und anfänglich seine Deutung erschwerten, ja geeignet erschienen, die Behörde irrezuführen und dort ein Verbrechen für nicht ganz unwahrscheinlich zu halten, wo schließlich ein Unglücksfall vorlag. Die Geschichte dieses Falles ist folgende:

Am Dienstag, den 25. Dezember 1917 (Christtag) hörte gegen 1/28 Uhr morgens eine im Mezzanin des Hauses, Wien III, K . . . gasse Nr. 19 wohnhafte Frau in ihrer Wohnung vom Parterre herauf Hilferufe. Sie verständigte den Hausbesorger und beide kamen, den Hilferufen nachgehend, in die unversperrte, zu ebener Erde gelegene, aus einer Küche und einem anschließenden Zimmer bestehende Wohnung Nr. 6, wo sie in der Küche, deren Fenster und Tür auf den Hausflur münden, die dort wohnhafte 26jährige Frau Franziska K. nur mit einer Bluse und mit Strümpfen bekleidet auf einem Stuhle sitzend, um Hilfe rufend antrafen. Die Frau wollte sich erheben, stürzte aber nach vorne zu Boden und vermochte auf die Frage, wo denn ihr Mann sei (worunter ihr Zuhälter gemeint war — ihr Mann befindet sich seit vielen Monaten in Kriegsgefangenschaft) nur noch zu antworten: „In der Arbeit". Ein aus der ganz nahe gelegenen Sicherheitswachstube geholter Wachmann fand die Frau am Boden liegend zuckend auf, wie es im Polizeiberichte heißt, dem wir bei der Wiedergabe der Geschichtserzählung im wesentlichen folgen. Als die Rettungsgesellschaft eintraf, war die Frau bereits tot. Außer leichten Hautabschürfungen im Gesichte, am linken Ellbogen und über den Kniescheiben konnte der Polizeiarzt, der mittlerweile mit der polizeilichen Kommission erschienen war, keine Verletzungen feststellen. Totenstarre und Leichenflecke fehlten. Die Hautvertrocknungen schienen ihm mehrere Tage alten Datums zu sein und auf einen etwa stattgehabten Kampf hinzuweisen.

In dem an die Küche anstoßenden Tiefparterrezimmer, dessen beide

Fenster nach der H . . . . gasse zu liegen, (das Haus steht an der Ecke der der K . . . und H . . . . gasse, mit dem Eingang in ersterer) herrschte große Unordnung. Man fand Reste einer Mahlzeit auf dem Tische vor, die von der Polizei sofort beschlagnahmt wurden. Ein intensiver Fäulnisgeruch erfüllte den Raum, in dem sich als dürftiges Mobilar zwei nebeneinander stehende Betten und ein Tisch mit einigen Sesseln befanden. Unter dem der Eingangstür von der Küche her benachbarten Bett lag die Leiche eines schwächlichen weiblichen Säuglings von etwa 6 Wochen Alter, der außer einer kurzen Schramme am Kinn keinerlei Zeichen einer Gewalteinwirkung aufwies.

Uns fiel allerdings wenige Stunden später beim gerichtlichen Lokalaugenscheine, zu dem Prof. Dr. Haberda und Verfasser dieser Mitteilung zugezogen waren, die mäßig hellroten Totenflecke am Rücken und am rechten Arm der Leiche auf.

In dem Bette neben dem Fenster lag die Leiche eines zirka 30- bis 40jährigen Mannes, bekleidet mit zwei Hemden und einer Unterhose und ursprünglich mit einem Oberbett (sog. Federtuchent) bedeckt. Die Leiche zeigte starke Fäulnis, war hochgradig gedunsen, die Oberhaut war an verschiedenen Stellen in großen Blasen abgehoben, an anderen Stellen in Fetzen abgelöst. Die Leiche lag auf der rechten Seite, die Beine etwas angezogen und im Kniegelenk gebeugt, die Arme im Ellbogengelenk gebeugt und der Brustwand aufliegend. Aus dem rechten Nasenloche und von da über der rechten Oberlippe nach abwärts waren dicke Blutgerinsel sichtbar; der Polster zeigte an der entsprechenden Stelle geronnenes Blut, ebenso das Leintuch. Eine Verletzung konnte an der Leiche nicht entdeckt werden. Nach dem Fäulnisgrade nahm der Totenbeschauer an, daß der Tod etwa vor acht Tagen eingetreten sei, welche Annahme nach dem Aussehen der Leiche bei der kalten Witterung begreiflich war.

Mit der Frau Franziska K. wohnte seit Juni 1917 der 36jährige Hilfsarbeiter Albin E. in gemeinsamem Haushalte; er soll auch der Vater des Säuglings sein. Die Leichenbeschau gestattete keinen Schluß auf die Todesursache. Lag ein Verbrechen vor oder ein Unglücksfall? Wer war der tote Mann im Bett? War es der Albin E., der aber nach den Worten seiner Geliebten in der Arbeit sein sollte? Wie konnte die Leiche so faul geworden sein, wenn eine gemeinsame Noxe die Familie getötet hatte, während doch die Frau am Morgen noch lebte und der Säugling keinerlei Zeichen von Fäulnis aufwies?

Während diese Fragen die Kommission beschäftigten, wurden zwei hochwichtige Fakten bekannt, einmal, daß die in der nebenan befindlichen, gleichfalls aus Zimmer und Küche bestehenden und ebenso wie die Nachbarwohnung Nr. 6 situierten Tiefparterrewohnung Nr. 5 eingemietete Familie F., aus den beiden Ehegatten, dem 59jährigen Rudolf F. und der 67jährigen Sophie F., sowie dem 20jährigen Ziehsohn Rudolf K. bestehend, seit 2 Tagen nicht mehr im Hause gesehen worden sei, insbesondere wußte man bestimmt, daß die Frau Sophie F., die in einem nahegelegenen Kino als Aufwartefrau bedienstet war, seit Sonntag, den 23. Dezember dortselbst nicht mehr erschienen war, was bei dem starken Besuch, den das Kino am Sonntag aufwies, auffiel. Die Wohnung war versperrt, sie wurde aufgesprengt, deutlicher Leuchtgasgeruch schlug den Eintretenden entgegen; das Ehepaar lag tot in den Betten, der Ziehsohn als Leiche auf dem Fußboden! Alle drei Leichen, die keine Fäulniszeichen boten, zeigten am Rücken und an abhängigen Körperpartien hellrote Totenflecke!

In dieser Wohnung ist ebensowenig wie in der benach barten Leuchtgas eingeleitet.

Alsbald wurde aber noch bekannt, daß am Samstag, dem 22. an der Kreuzung der K . . . . mit der H . . . .gasse, wo sich eben das Unfallhaus befindet, ein Gasgebrechen in der unterirdischen Straßenleitung entdeckt wurde, dessen Reparatur

bis zum Dienstag den 25., dem Tage der Auffindung der Leichen, gedauert hatte, worüber noch genauer zu berichten sein wird.

Mit diesen Feststellungen war der Tod der beiden Eheleute F. und ihres Ziehsohnes, die in ihrer nach Leuchtgas intensiv riechenden Wohnung mit hellroten Totenflecken aufgefunden worden waren, restlos geklärt im Sinne einer jener Leuchtgasvergiftungen, wie sie sich eben im Winter nach dem geschilderten Mechanismus zu ereignen pflegen. Auch für den mutmaßlichen Zeitpunkt der Vergiftung waren Anhaltspunkte einerseits dadurch gegeben, daß man die Familie, insbesonders die Frau seit 23. nicht mehr gesehen hatte, anderseits war das Gasgebrechen durch seinen Geruch am 22. entdeckt worden, so daß mit größter Wahrscheinlichkeit angenommen werden konnte, daß sich die Leuchtgasvergiftung der Familie F. in der Nacht vom 22. auf den 23. ereignet hatte.

Daß dieselbe Noxe, die zum Tode der Familie F. geführt hatte, offenbar in derselben Nacht auch die Vergiftung der Bewohner der angrenzenden Wohnung Nr. 5 bewirkt habe, in der allerdings Leuchtgasgeruch nicht wahrzunehmen war, schien einleuchtend, befremdend aber war, wenn eine Leuchtgasvergiftung vorlag, der ganz ungeheuerliche Unterschied in der Wirkung der Vergiftung auf die 6 Personen, von denen die eine am Morgen des Tages noch lebte, während die andere als hochgradig faule, nach dem Befunde des Totenbeschauers etwa 8 Tage alte Leiche, die übrigen vier aber in frischem Zustande aufgefunden wurden. Dazu noch die Antwort der Sterbenden auf die Frage nach ihrem Mann: „In der Arbeit“, die Hautabschürfungen im Gesichte der Frau, — dies alles schien der Polizei so verdächtig, daß sie den Fall keineswegs als geklärt betrachtete, bevor nicht zum mindestens einwandfrei festgestellt wäre, ob der Tote tatsächlich mit dem bei der Franciska K. wohnhaften Albin E. identisch sei, oder aber ob es sich nicht am Ende um einen Fremden, vor mehreren Tagen irgendwie gewaltsam beseitigten Mann handle, woran auch die K. mitbeteiligt gewesen sein könnte.

Die nächsten Erhebungen also galten der Feststellung der Idendität der hochgradig faulen Leiche, die am Fundorte in unserer Anwesenheit gepflogen wurden. Die Aussagen der zur Agnoszierung herangezogenen Zeugen gestalteten sich sehr interessant:

Der erste, ein Kutscher aus jener Fabrik, in der Albin E. bedienstet war, erkannte zwar die Kleider als Eigentum des Albin E., erklärte jedoch den Toten mit aller Bestimmtheit als nicht mit dem E. identisch.

Der Hausbesorger, der anfänglich in dem Toten den E. agnoszierte, widerrief dies nach neuerlicher Betrachtung des Leichnams, dessen Fäulnis und Dunsung bei den Zeugen Abscheu und Grauen erweckte und offensichtlich jede ruhige Betrachtung ausschloß.

Besonders bemerkenswert verlief die Vernehmung des Barbiergehilfen aus jenem Laden, indem sich Albin E. rasieren zu lassen pflegte. Der Friseur glaubte in dem Toten den E zu erkennen und ihn am Samstagabend, also am 23. zum letzten Male rasiert zu haben. Nun trug er aber an Kinn, Wangen und Hals bis 5 mm lange dichte Bartstoppel, die unbedingt auf ein mehrtägiges

Wachstum zurückzuführen waren. Dies war aber nicht möglich, denn Albin E. mußte, wie aus der hochgradigen Fäulnis hervorging, mindestens mehrere Tage tot sein, (zumal es gerade in dieser Woche kalt und die Wohnung ungeheizt war); am ehesten ließ sich noch der Eintritt des Todes in der Nacht vom 22. auf den 23. mit dem Leichenbefunde in Einklang bringen, wie Professor Haberda beim Lokalaugenschein auseinandersetzte. Damit ergab sich aber zwingend, daß der Tote, — wenn es der Albin E. überhaupt war —, am 22. die Rasierstube gar nicht mehr aufgesucht haben honnte, in welcher Behauptung der Gehilfe nach diesem Vorhalte auch etwas schwankend wurde!

Ein im gleichen Hause wohnhafter Zeuge agnoszierte zwar den Toten als den seit Monaten mit der Frau Franciska K. im Konkubinat lebenden Albin E., gab aber an, daß er am 24. (heiliger Abend) bei den Fenstern der Wohnung K. vorübergehend, gegen 8 Uhr abends mehrere Frauenstimmen und eine Männerstimme laut streiten gehört habe, eine Angabe, die sich mit unseren Befunden nicht vereinen ließ, und auch auf einem Irrtume beruhen konnte, da in der darüber befindlichen Wohnung sich eine Gesellschaft eben um diese Stunde des heiligen Abends laut unterhalten hatte.

Der Kellnerjunge aus dem benachbarten Gasthaus, in das Albin E., ein Gewohnheitstrinker, zu kommen pflegte, erklärte den Toten bestimmt mit dem Albin E. identisch und gab zugleich an, daß dessen Geliebte Franciska K. zum letzten Male am 22. (Samstag) im Gasthause Bier geholt habe. Als er am 24. in ihre Wohnung kam, um sich ein Zigarre zu holen, wurde ihm auf sein Klopfen nicht geöffnet!

Schließlich erkannten der Vater und der Bruder der verstorbenen Franciska K. mit aller Bestimmtheit in dem Toten den Albin E., der mit der Tochter, bezw. Schwester im gemeinsamen Haushalte gelebt und mit ihr das Kind gezeugt hatte.

Endlich wurden die letzten Zweifel auch noch dadurch behoben, daß sich feststellen ließ, daß Albin E. in der Fabrik, in der er als Hilfsarbeiter bedienstet war, am 22. (Samstag) zum letzten Male gearbeitet hatte; am 24. (Montag) war er, obwohl Arbeitstag war, nicht mehr erschienen und als fehlend eingetragen.

Diese Erhebungen ließen auch die behördliche Kommission von der Annahme eines Verbrechens abkommen und machten sie geneigt, sich der von Prof. Haberda gleich auf die telephonische Mitteilung des Leichenbefundes hin geäußerten Meinung einer zufälligen CO-Intoxikation vom geschilderten Entstehungsmechanismus anzuschließen, zumal das auffällige Benehmen der Ueberlebenden, ihre mangelhafte Bekleidung, ihre falsche Antwort als Ausfluß eines durch die CO-Vergiftung bedingten Verwirrungszustandes erklärt, die ganz besondere Inkongruenz im Zustande der beteiligten Personen, namentlich die weit vorgeschrittene Fäulnis der Leiche des Albin E. zwar als ganz ungewöhnlich, immerhin aber mit einschlägigen Erfahrungen nicht als unvereinbar bezeichnet werden konnte, worüber weiter unten noch berichtet wird. Den Beweis für die Richtigkeit dieser Ansicht konnte nur die Obduktion und die Untersuchung des Leichenblutes erbringen.

Die Leichen des Albin E. und seiner Geliebten, der Franciska K. wurden von Prof. Haberda bezw. Prof. Reuter gerichtlich obduziert, die gerichtliche Obduktion der Leiche des Säuglings und der Mitglieder der Familie F. von Amtswegen abgelehnt, jedoch aus begreiflichem Interesse von uns im Institute vorgenommen.

Das Obduktionsprotokoll der Leiche des Albin E. (Obduzent Prof. Haberda) lassen wir, schon um den Fäulnis-

grad der Leiche besonders anschaulich zu machen, in extenso folgen:

A. Aeußerlich.

1. Männliche Leiche, 170 cm lang, kräftig gebaut, muskelstark, gut genährt, durch Fäulnis stark gedunsen, so daß die Körperformen gerundet sind. Die Arme vom Rumpfe etwas abstehend, die Beine in den Hüften und Knien leichte Beugung zeigend, die Haut mit Ausnahme der Hände und Füße mißfarbig, braungrün, mit durchschlagenden Venennetzen, die teils braungrün, teils schmutzigrot sind. An der rechten Rumpfseite ist die Oberhaut in großem Umfange abgelöst, so daß die mißfärbige feuchte Lederhaut bloßliegt. Zum Teil ist die Oberhaut in Blasen abgehoben, das Gesicht durch Fäulnis gedunsen, vor Mund und Nase schmutzigrote Flüssigkeit und einzelne erbrochene bröcklige Massen. Die Kopfhaare braun, nur einzelne in den Schläfen ergraut; an der Oberlippe ein buschiger, brauner Schnurbart. An Wangen, Kinn und Oberhals lange Bartstoppeln, von denen einzelne bis 5 mm messen. Die Lider durch Fäulnis aufgetrieben, die Bindehäute schmutzigrot, die Hornhäute getrübt. Hals kurz, Brustkorb kräftig. Bauchdecken gespannt. Geschlechtsteile durch Fäulnis aufgetrieben; die Glieder schlaff, nur die rechte Handwurzel und die Sprunggelenke etwar starr.

B. Innerlich.

2) Schädeldecken blutreich, rechts mehr wie links, die Schläfemuskeln von ziemlich hellbraunroter Farbe. Das Schädeldach klein, mißt 52 cm im Umfange und im Stirnteil bis 1 cm in der Dicke, die harte Hornhaut weißlichgrau mit schmutzigroten Gefäßnetzen, enthält in den Blutleitern geronnenes Blut; die inneren Hirnhäute zart, blutreich, von auffallend hellroter Farbe; das Gehirn weich, ziemlich blutreich, dabei die graue Substanz von roter Farbe und in der weißen Substanz karminrote Blutpunkte. Hirnschlagadern zart.

3. Im Rachen und im Kehlkopf bröckelige, erbrochene Massen; die Schleimhaut hier und in den Luftwegen blutig inbibiert.

4. Die Schilddrüse etwas größer, grobkörnig.

5. Die Lungen frei, mäßig gedunsen, durchaus lufthältig, blutreich und blutig durchtränkt. In den Luftröhrenästen rötlicher Schaum.

6. Das Herz reichlich mit Fett bewachsen, sehr schlaff, enthält nur wenig eingedicktes Blut von Kirschsaftfarbe. Klappen und Gefäße zart, blutig verfärbt. Das Herzfleisch durch Fäulnis erweicht.

7. Leber größer, plumprandig, ihr Gewebe stark fetthaltig, brüchig, doch dabei von ziemlich heller Farbe.

8. Die Milz durch Fäulnis erweicht. Ihr Gewebe mißfärbig, rötlich-schwarz.

9. Nebennieren brüchig.

10. Nieren glatt, etwas blutig durchtränkt.

11. Harnblase leer, ihre Schleimhaut blaß, im Grunde durch Fäulnisblasen abgehoben.

12. Bauchspeicheldrüse mäßig blutreich, von ziemlich hellroter Farbe.

13. Im Magen breiige, halbverdaute Stoffe; die Schleimhaut blaß, im Grunde von Fäulnisblasen abgehoben.

14. Im Dünndarm recht reichlich gallig gefärbter Brei.

15. Im Dickdarm breiiger Kot, die Schleimhaut überall gallig verfärbt.

16. Die Körpermuskulatur auffallend hellrot, in den Brustfellsäcken und im Herzbeutel rote Faulflüssigkeit.

17. Zur Untersuchung auf CO wird Leichenblut zurückbehalten.

Aus dem mitgeteilten Obduktionsbefunde erhellt einerseits die hochgradige Fäulnis des Leichnams des Albin E., die sich im Verlaufe von drei Tagen soweit entwickelt haben muß, wenn Denatus, wie kaum zu bezweifeln, in der Nacht vom 22. auf den 23. gestorben ist; denn in dem einen, zwischen Auffindung und Obduktion verstrichenen Tage, konnte die Fäulnis dank Temperatur und Konservierung in der behördlichen Beisetzkammer kaum weiter gediehen sein, als sie sich

uns beim Lokalaugenscheine am Vortage präsentiert hatte. Allerdings müssen wir uns sagen, daß der Verwesungsprozeß im Falle des Albin E. unter sehr günstigen inneren und äußeren Bedingungen vor sich gehen konnte, denn der Leichnam verblieb im Bette liegen und war mit zwei Hemden und einer Unterhose bekleidet und mit einem dicken Federnoberbett bedeckt. Von günstigen inneren Fäulnisbedingungen kommt die reichliche Entwicklung des subkutanen- und Körperfettes, die Fettablagerung in der Leber (Albin E. war Trinker) und der der raschen Fäulnis förderliche Zustand der Verdauung, in dem er sich befand, in Betracht.

Aber selbst unter Berücksichtigung aller dieser Momente ist ein solcher Verwesungsgrad nach drei Tagen, namentlich im Monat Dezember, noch dazu in einer ungeheizten Wohnung ganz ungewöhnlich.

Anderseits hatten sich trotz der Fäulnis typische CO-Leichenbefunde wenigstens in Resten erhalten, wie das Aussehen des Gehirnes und seiner Häute, die Farbe des spärlichen Blutes im Herzen und die der Muskeln beweist.

Mit dem Herzblute wurden alle gebräuchlichen Farbenreaktionen auf CO angestellt, darunter auch die ursprünglich von Wachholz angegebene und unabhängig von diesem neuerdings von Liebmann eingeführte Formalinprobe, über die wir an anderer Stelle ausführlich berichtet haben (16). Alle ergaben ebenso wie der spektroskopische Nachweis einwandfrei die Anwesenheit von CO in der Leiche, mithin als nächste Todesursache zweifellos CO-Vergiftung. Den chemischen und spektroskopischen Nachweis des CO konnten wir auch mit der im Herzbeutel befindlichen Faulflüssigkeit erbringen, ein Vorgehen, dessen sich übrigens bereits Casper (17) in einem ähnlichen Falle, auf den wir noch zurückkommen werden, mit Erfolg bedient hat und das Kratter (18) zum Nachweise des CO an exhumierten Leichen anrät.

Der Leichnam der 26jährigen Franziska K. wurde am 28. Juli 1917 gerichtlich obduziert (Obduzent Prof. Reuter). Dabei wurde nachstehender Obduktionsbefund erhoben:

A. Aeußerlich.

1. Weibliche Leiche, 153 cm lang, schwächlich, mager, die Haut vorn blaßgrau, mit zahlreichen rötlichvioletten unscharf begrenzten Flecken, die namentlich im Gesicht und in der Oberbauchgegend sehr reichlich sind. Auch an der Vorderseite des linken Beines sind solche Flecke in ziemlich reichlicher Menge nachzuweisen. Am Rücken ziemlich ausgedehnte rötlichviolette Totenflecke. Glieder totenstarr.

2. Bindehäute im allgemeinen blaß, hie und da etwas rötlich injiziert, Pupillen über mittelweit, gleichweit, Mund und Nase frei. Hals und Brustkorb lang und schmal, Brustdrüsen flach, Warzen und Warzenhöfe pigmentiert. Aus ersteren molkige Flüssigkeit ausdrückbar.

3. Bauch flach, linea alba pigmentiert. Scheideneingang weit, klaffend. Aus demselben entleert sich blutige schleimige Flüssigkeit.

4. An der Stirn, unmittelbar an der vorderen Haargrenze ein schräggestellter, 1,5 cm langer Hautkratzer. Oberhalb der linken Augenbraue eine kronengroße blauviolette Hautvertrocknung, an deren äußerer Umrandung sich ein kleiner vertrockneter Hautkratzer vorfindet. Entsprechend dem linken äußeren Augenwinkel eine bohnengroße unregelmäßig geformte gelbbraune Hautvertrocknung. Kleinere solche Hautvertrocknungen am Nasenrücken, am linken Nasenflügel, unterhalb des letzteren, oberhalb des linken Mundwinkels und unterhalb dieses, sowie nach links von der Kinnmitte.

5. Am linken Ellbogen ist die Haut in der Ausdehnung eines Zweikronenstückes rötlichviolett verfärbt, außerdem finden sich daselbst zwei bohnengroße schwarzbraune Hautvertrocknungen. Das Zellgewebe darunter in geringer Ausdehnung von geronnenem Blute unterlaufen. An der Streckfläche des linken Handgelenkes zwei erbsengroße gelbbraune Hautvertrocknungen. Am rechten Ellbogenhöcker eine erbsengroße Hautvertrocknung, die letzteren Verletzungen nicht blutunterlaufen.

6. Die Gegend des l. Knies in Kinderhandflächengröße rötlichviolett verfärbt; innerhalb dieser Hautstelle drei unregelmäßig begrenzte bis bohnengroße Hautvertrocknungen. Unter dieser Stelle ein geronnener Blutaustritt. Ueber der Mitte der linken vorderen Schienbeinkante eine bohnengroße, bläuliche Hautverfärbung, unter der sich ein ebenso großer schwarzroter Blutaustritt befindet.

B. Innerlich.

7. Schädeldecken ziemlich blutreich, hellrot verfärbt, über dem linken Stirnhöcker ein bohnengroßer frischer Blutaustritt.

8. Das Gehirn zeigt auf einem Horizontalschnitte in der Sägeschnittfläche des Schädels im Bereiche des linken inneren Linsenkerngliedes, entsprechend dem Knie der inneren Kapsel eine erbleichte, leicht graurötlich, gefleckte, nicht eingesunkene Stelle. Die Rinde und die übrigen Partien der zentralen Ganglien von graurötlicher Farbe; letztere innerhalb dieses Grundtones an einzelnen Stellen gelblichgrau gefleckt. Das weiße Marklager zeigt äußerst zahlreiche, leicht zerfließliche hellrote Blutpunkte, die sich leicht abspülen lassen. Die Hirnsubstanz sonst im allgemeinen ziemlich weich, feucht; Kammern enge, das Ependym zart. Brücke und verlängertes Mark sehr feucht, nur einen mittleren Blutgehalt aufweisend. Das Kleinhirn blutreich und feucht; die inneren Hirnhäute zart, sehr blutreich, die Hirngefäße zart. Dura am Knochen nur leicht haftend, blutreich, zart; in ihren Blutleitern locker geronnenes und eingedicktes dunkelrotes Blut.

9. Schädeldach länglichoval, von mittlerer Dicke, 51 cm im Durchmesser haltend.

10. H e r z e n t s p r e c h e n d g r o ß , s c h l a f f , e n t h ä l t i n d e r r e c h t e n K a m m e r n e b e n r e i c h l i c h e m f l ü s s i g e n B l u t , d a s e i n e d u n k e l r o t e F a r b e z e i g t , a u c h z a h l r e i c h e s c h w a r z r o t e B l u t g e r i n n s e l . D i e s e n s i n d m e h r e r e b i s b l e i s t i f t d i c k e w a l z e n f ö r m i g z u s a m m e n g e r i n g e l t e G e r i n n s e l v o n f e s t e r e r K o n s i s t e n z b e i g e m e n g t . D i e s e l e t z t e r e n l i e g e n a n d e r A b g a n g s s t e l l e d e r L u n g e n s c h l a g a d e r , d e r e n l i n k e r A s t v o n s o l c h e n G e r i n n s e l n v o l l s t ä n d i g a u s g e s t o p f t i s t . In der linken Herzkammer eine geringe Menge flüssigen und locker geronnenen Blutes. Klappen zart, schlußfähig, Herzmuskel braunrot, fest, die aufsteigende Körperschlagader zartwandig.

11. Beide Lungen angewachsen, Vorderränder gedunsen, Lungengewebe überall lufthaltig, von hellroter Farbe, blutreich. In den Bronchien weißlicher Schleim; Schleimhaut blutreich, etwas geschwollen, nirgends lobuläre luftleere Entzündungsherde.

12. Im Rachen weißlicher Schleim und rötlicher Schaum, Schleimhaut rötlichviolett. In Kehlkopf und Luftröhre derselbe Inhalt, Schleimhaut ebenfalls blutreich, hellrot gefärbt.

13. Leber groß, blutreich, Zeichnung deutlich, Konsistenz fest.

14. Milz entsprechend groß, blutreich und ziemlich dicht.

15. Nebennieren entsprechend groß, von außen gelb, ebenso die Rinde; das Mark teils blutreich, teils weißlich, fühlt sich derb an.

16. In der Harnblase einige Tropfen trüben Harnes, die Schleimhaut blutreich.

17. Gebärmutter mannsfaustgroß, fest, zusammengezogen, in der Gebärmutterhöhle blutiger Schleim, Innenfläche glatt, Innenauskleidung sehr blutreich. Gebärmutterwand bis $2^1/_2$ cm dick.

18. Magen zusammengezogen, enthält nur Schleim, Schleimhaut blutreich, etwas verdickt.

19. Der Darm zusammengezogen. Im Dünndarm spärlicher galliger Brei. Im Dickdarm galliger Kot. Schleimhaut blaß, nur hie und da etwas fleckig und streifig gerötet.

20. Die Präparation der Blutadern der Beine ergibt, daß die tiefen Blutadern des linken Unterschenkels von festen Blutgerinnseln ausgestopft sind, während die übrigen Blutadern nur reichlich flüssiges dunkles Blut enthalten.

Zur Untersuchung auf CO wird Blut reserviert.

CO-Befunde, wie wir sie bei Leuten erheben, die in der CO-Atmosphäre umgekommen sind, ergab die Obduktion der Frau Franciska K. nicht, was uns nach allem, was wir über den Verlauf der Vergiftung bei ihr gehört haben, nicht Wunder nimmt.

Der Befund am Gehirn erscheint uns zu wenig ausgesprochen, ist zudem nur einseitig angedeutet (fleckig erbleichte Stelle im Bereich des linken innersten Linsenkerngliedes entsprechend dem Knie der inneren Kapsel), so daß wir es nicht unternehmen möchten, ihn als Beginn jener für protrahierte Fälle von CO-Vergiftung geradezu pathognostischen, symmetrisch gelegenen Erweichungsherde in den Linsenkernen anzusehen.

Bedeutungsvoll ist die nächste Todesursache, nämlich Verlegung der linken Lungenschlagader durch einen aus den thrombosierten tiefen Beinvenen eingeschwemmten Embolus.

Wenngleich die Frau sich erst 6 Wochen post partum befand, welcher Zustand begünstigend auf die Entwicklung einer Thrombose wirken konnte, so möchten wir trotzdem die Ursache für diese eher in der CO-Intoxikation als im Puerperium suchen, einerseits, weil sich weder an der Gebärmutter, noch am Venensystem der obduzierten Frau irgendwelche krankhafte Veränderungen vorfanden und weil insbesondere der Zustand des linken Beines keinerlei Anhaltspunkte für ein längeres Bestehen eines phlebitischen Prozesses bot, während anderseits durch das Kohlenoxydgas in Analogie mit der Fermentintoxikation Gefäßverlegungen hervorgerufen werden, wie durch die Arbeiten von Heinecke, Scheiding und Kionka (19) als erwiesen gelten darf. Schließlich mag der Eintritt der Thrombose in unserem Falle noch durch eine besondere günstige Lage des linken Unterschenkels während der Bewußtlosigkeit gefördert worden sein.

In dieser Annahme eines Zusammenhanges zwischen CO-Vergiftung und Thrombose der tiefen Beinvenen bestärkt uns ein von Wachholz (20) mitgeteilter Fall von CO-Vergiftung, in dem der Tod infolge Embolie der Kranzschlagader und konsekutiver Myomalazie 2 Wochen nach der Kohlendunstvergiftung eintrat. Der Embolus stammte von einem Fibringerinnsel des linken Herzohres. Wachholz nahm in diesem Falle einen Zusammenhang zwischen den Herzveränderungen und der CO-Vergiftung an, „da die Sektion keine Erklärung für dieses Verhalten bot, indem sowohl das Endokard, wie auch die Intima der Gefäße normal beschaffen waren, anderseits bekannt ist, daß

eine überstandene CO-Vergiftung das Blut alteriert und Thrombosenbildung begünstigt."

Einen solchen Zusammenhang zwischen der Embolie der Lungenschlagader als Todesursache und der CO-Intoxikation halten wir auch für unseren Fall zum mindestens für wahrscheinlich.

Die Untersuchung des Leichenblutes der Franciska K. fiel — spektroskopisch und mit den gebräuchlichen Farbenreaktionen durchgeführt — negativ aus, was nicht anders zu erwarten war. Auch mit der modifizierten Tanninprobe von Wachholz-Sieradzki konnten wir einen Farbenunterschied nicht erzielen.

Es ist jedoch durchaus plausibel, daß die Frau im Stadium der unvollkommenen Intoxikation, in dem noch Bewegungen möglich sind, sich halbbetäubt in die Küche geschleppt hat, deren Atmosphäre, da der Raum durch Tür und Fenster auf den Gang ventiliert ist, nur wenig, später vielleicht überhaupt kein Kohlenoxyd mehr enthielt, so daß sie sich allmählich erholte und das CO aus dem Blute ausgeschieden werden konnte. Im Zustande der Betäubung mag sie sich an Einrichtungsgegenständen der Wohnung angeschlagen haben; wahrscheinlich ist sie auch niedergefallen und hat sich so die zahlreichen Hautabschürfungen zugezogen, die anfänglich als eventuelle Zeichen von Gegenwehr verdächtig erschienen.

Bezüglich des Sektionsergebnisses des Säuglings und der dreiköpfigen Familie der Nachbarwohnung Nr. 5 können wir uns kürzer fassen:

Der 6 Wochen alte weibliche Säugling bot äußerlich und innerlich typische CO-Vergiftungsbefunde, die durch den positiven Ausfall der spektroskopischen und Farbenreaktionen erhärtet wurden. Das Kind war sehr schwach, hatte kaum Fettgewebe aufzuweisen, litt an Darmkatarrh und mußte, wie der Befund von Harnsäureinfarkten beweist, in der letzten Zeit gefiebert haben. Dadurch war es a priori wenig widerstandsfähig und konnte um so leichter der Schädlichkeit des Leuchtgases erliegen. Da es nackt auf der Diele lag — offenbar hatte es die Mutter in ihrer Verwirrung dort hingelegt — und schlecht genährt war, bot es ungünstige innere und äußere Fäulnisbedingungen, wodurch sich ungezwungen der frische Zustand der Leiche erklärt.

Bei allen drei Mitgliedern der Familie F. vermißten wir weder die hellroten Totenflecke, noch die hellrote Farbe des Blutes und der Organe. Demgemäß ergab auch die spektroskopische und chemische Untersuchung des Leichenblutes der drei verunglückten Personen einwandfrei die Anwesenheit von CO in demselben.

Alle drei Individuen waren hochgradig unterernährt und herabgekommen, das subkutane und anderweitige Fettgewebe fast zur Gänze geschwunden, Befunde, die wir im 3. und 4. Kriegsjahre ungemein häufig erheben. Ueberdies war der 59jährige Rudolf F. mit eitriger Bronchitis und Pneumonie des linken Unterlappens behaftet, die durch Konfluenz lobulärpneumonischer Herde entstanden, die Ausdehnung von Kinderfaustgröße erreicht hatte und nach ihrem Aussehen bereits vor der Einwirkung des Leuchtgases auf den Mann bestanden haben muß.

Leute mit schwacher Konstitution, Kranke, besonders aber mit Erkrankungen der Respirationsorgane behaftete Menschen erliegen ceteris paribus um so eher einer CO-Vergiftung.

Auch die Frau des Rudolf P., die 67jährige Sophie F., war krank. Ihre Nieren boten das Bild einer akuten parenchymatösen Nephritis. Der

20jährige Ziehsohn der beiden war für sein Alter in der Entwicklung stark zurückgeblieben und von uns beim Augenschein für kaum älter als 15 Jahre geschätzt worden. Außer einer leichten Anheftung beider Lungen und den typischen CO-Vergiftungsbefunden ergab aber die Sektion kein bemerkenswertes Resultat.

Da uns die Kenntnis näherer Details über das diesen bedauerlichen Unglücksfall verursachende Gasgebrechen erwünscht war, haben wir bei der Direktion der städtischen Gaswerke Erkundigungen eingezogen, die von dieser in bereitwilligster Weise unter Beifügung einer Skizze beantwortet wurden:

Danach war der im Zuge der K . . . gasse liegende, 100 mm Gasrohrstrang an der Kreuzung der K . . . und der H . . . . gasse abgebrochen. An dieser Kreuzung steht das Unfallhaus. Die Fenster der Wohnungen 5 und 6 sind nach der H . . . gasse gerichtet. Die Entfernung der Rohrbruchstelle von den Unfallswohnungen beträgt etwa 25 Schritte. Die Wohnungen sind Tiefparterreräume und haben einen hölzernen Fußboden Ueber die Dauer des Gebrechens kann nur angegeben werden, daß es am 22. Dezember (Samstag) bemerkt wurde und bis zu seiner Auffindung, d. i. bis zum Morgen des 25., bestanden haben muß. Ob und wie lange das Gebrechen vor dem 22. bestanden hat, kann nicht mit Sicherheit beurteilt werden, weil von niemandem vorher Gasgeruch wahrgenommen wurde. Das Gebrechen wurde durch Auswechslung des Rohres behoben. Damit ist auch die Quelle der Leuchtgasvergiftung — der Gasrohrbruch aufgeklärt.

Im Anschluß an die Obduktion der faulen Leiche des Albin E. erstattete Prof. Haberda das nachstehende Gutachten, das begreiflicherweise den ganzen Fall und seine Umstände berücksichtigt:

Trotz der Fäulnis des Leichnams ließ sich durch die Leichenöffnung und durch den charakteristischen Befund am Blute bei der spektroskopischen Untersuchung desselben und Anstellung der Farbenreaktionen mit Sicherheit feststellen, daß Albin E. an Vergiftung durch Einatmung eines Kohlenoxydhältigen Gasgemenges gewaltsam ums Leben gekommen ist.

Die gleichzeitige Vergiftung von 2 Personen in demselben und von weiteren drei in einem unmittelbar benachbarten Wohnraume beweisen, daß dieselbe Quelle eines giftigen Gases und dieselbe Gasart als Ursache der Vergiftung in Betracht kommt. Nach den Feststellungen handelt es sich um Einatmung von Leuchtgas, das aus einem schadhaften Gasrohr an der Kreuzung der K . . . u. H . . . .gasse ausgeströmt und durch die Erdschichten hindurch in die tief gelegenen Wohnungen der beiden Familien eingedrungen war. Da das Leuchtgas beim Passieren der Erdschichten seinen unangenehmen und auffallenden Geruch verliert, kann es auch bei Bewußtsein befindliche Personen vergiften, ohne daß diese die Gefahr merken; umso leichter können sich solche Fälle nachts ereignen, wenn die Leute schlafen, zumal nachts das Leuchtgas unter stärkerem Drucke auszuströmen pflegt.

Hinsichtlich der Zeit des Todes, bezw. der Vergiftung steht nichts der durch die äußeren Umstände nahegelegten Annahme entgegen, daß alle Personen in derselben Nacht die Vergiftung erlitten haben. Da die Personen in den beiden Wohnungen mindestens noch am 22. Dezember gesehen worden waren, kommt die Nacht zum 23 als jene in Betracht, in der das Unglück geschehen sein kann. Daß es eine spätere Nacht war, ist mit Rücksicht auf den erheblichen Grad von Fäulnis, den die Leiche des E. geboten hatte, nicht wahrscheinlich. Der Befund an dieser Leiche läßt ausschließen, daß die Vergiftung erst am Montag, den 24. erfolgt sei.

Es ist zu begreifen, daß der zuerst gerufene Arzt aus den Leichenveränderungen, die er an dem Manne sah, aus der starken Dunsung, der Mißfärbung der Haut, Ablösung der Oberhaut an der rechten Rumpfseite, auf der der Leichnam aufgelegen war und dem Fäulnisgeruche den Schluß zog, der Tod des Mannes sei schon vor einer Woche erfolgt. Daß dies nicht

richtig ist, beweist der sichergestellte Umstand, daß der Mann, über dessen Identität kein Zweifel mehr obwaltet, gewiß am 22. Dezember noch gelebt hat.

Einschlägige Erfahrungen beweisen, daß Leichen, die denselben äußeren Fäulnisbedingungen ausgesetzt sind, nicht immer in gleicher Zeit faulen, da hierbei auch im Leichnam gelegene Bedingungen eine Rolle spielen. E. war ein wohlgenährter vollsaftiger Mann, das kleine Kind, das in demselben Zimmer tot lag, war mager und schwächlich; auch die drei Leichen in der Nachbarwohnung gehörten schwächlichen Menschen an. So ist es nicht unerklärlich, daß E's. Leiche rascher faulte, zumal sein Körper in Hose und zwei Hemden steckte und mit einer Federtuchent bekleidet war. Immerhin ist es auffallend, daß sein Leichnam bei der niedrigen Temperatur, die in dem ungeheizten Zimmer herrschte, so schnell sich zersetzte.

Wenn mehrere Personen einer Vergiftung durch Kohlendunst oder Leuchtgas ausgesetzt sind, kommt es nicht selten vor, daß nicht alle gleich heftig vergiftet werden und daß die eine oder andere der vergifteten Personen sich erholt und am Leben bleibt. Auf Grund dieser Erfahrungen ist es nicht unbegreiflich, daß Frau K. am Leben geblieben ist. Sie mag zufällig weniger dem Gifte ausgesetzt gewesen sein, auch war sie vielleicht widerstandsfähiger, weshalb sie nicht tödlich vergiftet wurde, sich allmählich erholte, herumging und um Hilfe rufen konnte. Ihr Benehmen, ihre mangelhafte Bekleidung, die unrichtige Auskunft, die sie über den Verbleib ihres Schlafgenossen gab, sind aus einem rauschähnlichen verwirrten Zustand zu erklären, der an derartig vergifteten Menschen zu beobachten ist. Ihr plötzlicher Tod wurde durch den Leichenbefund aufgeklärt.

E. war ein Säufer und deshalb vielleicht weniger wiederstandsfähig gegen das Kohlenoxyd, erlag diesem leichter als Frau K.

Das Kind beider war schwächlich und wenig widerstandsfähig, zumal es zur Zeit des Todes an Darmkatarrh erkrankt war, wie sich bei der Leichenöffnung, die im Institute aus wissenschaftlichem Interesse vorgenommen wurde, gezeigt hat.

Somit ist dieser anfängliche rätselhafte und anscheinend mysteriöse Fall vollkommen befriedigend aufgeklärt worden. Aber auch nach seiner richtigen Deutung bleibt er ein lehrreiches Beispiel für den großen Unterschied in der Wirkung einer CO-Vergiftung auf gleichzeitig vergiftete Personen unter scheinbar gleichen Bedingungen; denn daß von mehreren gleichzeitig vergifteten Personen die eine um Hilfe ruft, indeß die andere als hochgradig fauler Leichnam im Bette aufgefunden wird, ist, wenn auch kein Unikum, so doch eine Seltenheit. Dies erhellt schon daraus, daß meinem Chef, Prof. Haberda, während seiner mehr als 25jährigen gerichtärztlichen Tätigkeit in Wien, wo sich CO-Vergiftungen wie in jeder Großstadt ungemein häufig ereignen, kein einziger derartiger Fall untergekommen ist. Auch Hofmann bringt kein solches Beispiel. Unter den von Stoermer (21) zusammengestellten und auszugsweise mitgeteilten instruktiven Beispielen für den ungleichen Effekt der CO-Vergiftung bei gleichzeitig vergifteten Personen finden sich wohl solche, wo die eine die Intoxikation überlebte, während die andere bereits tot aufgefunden wurde, eine Beobachtung aber wie die unsrige ist, soweit aus den Auszügen zu entnehmen, nicht mitgeteilt.

Dagegen weist Seidel (22) auf solche Fälle hin, die zum falschen Verdachte gegen den scheinbar gesunden oder vielleicht nur etwas benommenen Ueberlebenden führen können, zumal in Fällen, wo die Leiche in Fäulnis schon sehr vorgeschritten war, was unter Umständen, (besonders dann, wenn der Leich-

nam im Bette liegen bleibt) in 18 bis 24 Stunden der Fall sein kann, weshalb in solchen Fällen alles auf den Nachweis des CO ankomme.

Auch Casper-Liman (23) machen darauf aufmerksam, daß von mehreren gleichzeitig durch CO-Gas vergifteten Personen die eine als faule Leiche, die andere aber noch am Leben angetroffen werden könne, und bringen hierfür zwei hochinteressante Beobachtungen, in denen es sich um Kohlendunstvergiftungen handelte.

Der erste Fall Casper-Limans (24) betrifft eine 4 köpfige Familie, die in einer Märznacht (24.) durch den aus dem Zimmerofen ausströmenden Kohlendunst vergiftet wurde. Als man in die Wohnung eindrang, fand man den Gatten, bezw. Vater als Leiche in frischem Zustande, ein Kind aber hochgradig faul vor, während die Mutter und das andere Kind lebten. Da die Mutter durch ihr eigentümliches Benehmen (!) auffiel, wurde sie unter dem Verdachte des Mordes verhaftet, wozu die den kindlichen Leichnam zuerst beschauenden Aerzte nicht wenig beigetragen hatte, da sie die Fäulniszeichen verkannt und als Effekt einer Schädelverletzung erklärt hatten! Casper aber konnte den Fall vollkommen aufklären, in dem er in der Faulflüssigkeit des Herzbeutels der Kindesleiche und im Blute der frischen Leiche des Vaters CO nachweisen konnte. In diesem Falle war in einem Tage die Fäulnis soweit gediehen, allerdings trug er sich Ende März in der geheizten Wohnung zu.

Der zweite Fall Casper-Limans (25) ereignete sich in der Nacht vom 4. auf den 5. Februar und wurde am 9. entdeckt. Zwei Ehegatten wurden in ihren Betten, der Mann faulgrün, die Frau lebend und besinnungslos aufgefunden. Gegen die Frau, die ihren Gatten mit Eifersucht gequält hatte, richtete sich der Verdacht, daß sie ihn ermordet und sich hierauf durch Kohlendunst selbst umzubringen versucht habe. Es ergab sich jedoch die begründete Annahme, daß beide durch denselben Kohlendunst vergiftet waren, daß die Luft sich purifiziert hatte und daß der Mann an den Folgen der Vergiftung gestorben war, während seine Frau vier Tage komatös geblieben war und sich allmählich erholt hatte.

Schließlich sei noch die Beobachtung von Mayer (26) erwähnt, der von 2 Personen berichtet, die unter vollkommen gleichen Verhältnissen und zu derselben Zeit an CO-Gasvergiftung verstorben waren und trotzdem auffallend verschiedene Verwesungserscheinungen boten.

Diese Beobachtungen, die mit der von uns mitgeteilten viel gemeinsames haben, lassen sich vielleicht aus der schier unübersehbaren Kasuistik der CO-Gasvergiftung noch um die eine oder andere vermehren.

Unser Fall war durch die okkulte Quelle des giftigen Gases, durch die hochgradige Fäulnis der Leiche, ihre zweifelhafte Identität, die widersprechenden Zeugenaussagen bei der Agnoszierung und durch den Umstand, daß die Frau, die an dem Morgen noch lebte, als ihr Geliebter als faulgrüner Leichnam aufgefunden wurde, eine irreführende Angabe über dessen Aufenthalt machte, kompliziert, und wenigstens anfänglich für die Behörde ein Rätsel.

Der Amtsarzt aber, der über das Vorkommen solcher seltenen Fälle unterrichtet ist, wird ein derartiges anscheinend mysteriöses Ereignis richtig zu deuten wissen und auf diese

Weise schweren Irrtümern vorbeugen, wozu diese Mitteilung beitragen möge.

Literatur.

1) Pettenkofer: Ueber Vergiftung mit Leuchtgas: „Nord und Süd". Januar 1884. Siehe auch bei Wesche sub 4.

2) Welitschkowsky: Experimentelle Untersuchungen über die Verbreitung des Leuchtgases und CO im Erdboden. Archiv für Hyg.; Bd. I, S. 210.

3) Sudakoff: Ueber die Bewegung des Leuchtgases in der Richtung geheizter Wohnungen. Archiv für Hygiene; Bd. V, S. 106.

4) Wesche: Ueber Leuchtgasvergiftung und Kohlenoxydblut. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; Bd. 25, N. F; 1876, S. 276.

5) Derselbe: Schmids Jahrbücher; 1880, Dezember.

6) Biefel und Poleck: Ueber Kohlendunst und Leuchtgasvergiftung. Zeitschrift für Biologie; 1880, XVI, 3.

7) F. Erben: Vergiftungen.. Klin Teil in Dittrichs Handbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit; VII. Bd., 1909, mit reichen Literaturangaben zu dem Thema.

8) Landgraf: Aus der gerichtsärztlichen Praxis. Friedreichs Blätter; 45. Bd., S. 172, 1894.

9) Seidel in Maschkas Hdb.; II. Bd., S. 348 und Erben l. c. sub 7.

10) Schuhmacher: Henkes Zeitschrift; 1862.

11) Jakobs: Vergiftung durch Leuchtgas. Berliner klin. Wochenschrift; 1874, Nr. 27.

12) Wallichs: Drei Todesfälle durch Leuchtgas. D. Klinik; 1869.

13) Cobelli R; Med. Zentralblatt; 1877, S. 496.

14) Pawlikowsky: Neun Fälle von tödlicher Leuchtgasvergiftung. Virchow und Hirsch Jahresberichte; 1877, I.

Feigel: Ibidem; 1878, I.

15) Stoermer: Ueber die Kohlenoxydvergiftung vom medizinal- und sanitätspolizeilichen Standpunkte. Vierteljahrsschrift für ger. Medizin; 9. Bd., dritte Folge, 1895; S. 145 und S. 366.

16) Katz: Ueber die Formalinprobe zum Nachweise von Kohlenoxyd im Blute. Wiener klin. Wochenschrift; 1918, Nr. 19.

17) Casper-Liman: Handbuch der ger Medizin; VII. Aufl. 1882, S. 608.

18) Kratter: Erfahrungen über einige Gifte und deren Nachweis. Arch. f. Kriminalanthrop. XIV. S. 231.

19) H. Kionkas Referat in Lubarsch-Ostertag: Ergebnisse der allg. Path.; 1900/1, VII. Jahrg.

20) Wachholz in Schmidtmann's Hdb. d. ger. Med.; S. 884, 149. Fall.

21) Stoermer; l c. sub 15.

22) Seidel; l. c. sub 9, S. 353 u. S. 360.

23) Casper-Liman; l. c. sub 16, S. 604.

24) Ebenda; S. 608, § 64 Kasuistik, 274. u. 275. Fall.

25) Ebenea; S. 611, § 64, Kasuistik, 279. Fall.

26) D. Mayer; Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin; 1886, N. F., Band 44, Seite 101.

Amtsärzte in Bayern und Neuregelung ihrer Gehaltsordnung.

Denkschrift, im Auftrage des Bayerischen Medizinalbeamten-Vereins verfaßt von Reg.- und Med.-Rat Dr. Frickhinger in Würzburg.

Die nachfolgende Denkschrift ist auf Grund eingehender Beratungen der Vorstandschaft, der Kreisversammlungen und der am 29. Juni 1918 in München abgehaltenen Mitgliederversammlung des Bayerischen Medizinalbeamten-Vereins nach einem auf dieser Versammlung vom Verfasser erstatteten Bericht zusammengestellt. Sie bringt die Stellungnahme und die Wünsche der bayerischen Amtsärzte zur bevorstehenden Neuregelung der Gehaltsordnung zum Ausdruck. Mit Recht betont

Verfasser in der Einleitung, daß das auf Jahre zurückgehende Streben der Bezirksärzte, den ihnen im Rang gleichstehenden Beamtenklassen auch im Gehalt gleichgestellt zu werden, nicht nur für den amtsärztlichen Stand, für die Stellung und für das Ansehen der Bezirksärzte von Belang ist, sondern auch im Staatsinteresse liegt. Die Bezirksärzte haben als Hüter und Pfleger des öffentlichen Gesundheitswesens mit eine der allerwichtigsten Staatsaufgaben zu erfüllen; — das Staatswohl erfordert es daher, daß sie sich ihren Aufgaben voll und ganz widmen können.

„In der Gehaltsordnung vom Jahre 1892 waren die Landgerichtsärzte, die Bezirksärzte sowie die Strafanstaltsärzte (Hausarzt bei dem Zellengefängnis in Nürnberg sowie die Bezirksärzte I. und II. Kl. bei den Strafanstalten) in die Gehaltsklasse XI eingereiht. Sie waren damit in der gleichen Klasse mit den ersten Anstellungsstufen des höheren Justiz- und Verwaltungsdienstes.

Es war schon längst das Streben der Amtsärzte aus der Klasse XI der alten Gehaltsordnung herauszukommen. Gelegentlich der Vorverhandlungen zur Gehaltsordnung des Jahres 1908 hat der Bayerische Medizinalbeamtenverein in einer Eingabe vom 4. November 1906 das K. Staatsministerium des Innern gebeten, die Amtsärzte in die Gehaltsklasse VII einzureihen, in welcher sich die außerordentlichen Professoren befinden. In der Begründung wurde darauf hingewiesen, daß die außerordentlichen Professoren in gleicher Weise wie die Amtsärzte neben ihrem Gehalte Nebenbezüge (Kollegiengelder, Ertrag aus Praxis) haben. Für die Landgerichtsärzte an größeren Gerichten, denen nachgewiesenermaßen die Ausübung einer Privatpraxis infolge ihrer dienstlichen Obliegenheiten nicht möglich ist, wurde die Zuteilung zur Gehaltsklasse der Landgerichtsräte erbeten. Weiterhin wurde gebeten, es möchte den Amtsärzten der größten Landgerichte und Verwaltungsbezirke ähnlich den Vorständen an größeren Amtsgerichten und Rentämtern Titel und Gehalt eines Medizinalrats verliehen werden.

Als im Entwurf der Gehaltsordnung für die Landgerichtsärzte die Einreihung in die neue Gehaltsklasse IX (Landgerichtsräte) vorgesehen war, während die Bezirksärzte in der der bisherigen Klasse XI entsprechenden Gehaltsklasse XII verbleiben sollten, machte der Medizinalbeamtenverein in letzter Stunde (April 1908) nochmals den Versuch, durch Eingaben an das K. Staatsministerium des Innern und an die beiden Kammern des Landtages für die Bezirksärzte die Angliederung an Gehaltsklasse XI — außerordentliche Universitätsprofessoren — zu erreichen. Den Eingaben war der Erfolg für die Bezirksärzte versagt. Auch in der Gehaltsordnung 1908 wurden die Bezirksärzte der Gehaltsklasse XII angegliedert.

Es läßt sich nicht verkennen, daß die Einreihung der Bezirksärzte in die Gehaltsklasse der ersten Anstellungsstufen des höheren Justiz- und Verwaltungsdienstes im Laufe der Jahre zu manchen Unzuträglichkeiten geführt hat. Während die Justiz- und Verwaltungsbeamten in verhältnismäßig jungen Jahren angestellt werden und fast ausnahmslos im Laufe der Jahre in höhere Gehaltsklassen einrücken, bleibt der in einem wesentlich höheren Lebensalter zur Anstellung gelangende Bezirksarzt bei den wenigen Vorrückungsstellen (8 Medizinalreferenten an den Kreisregierungen, seit einiger Zeit auch ein Regierungs- und Medizinalrat im K. Staatsministerium des Aeußeren) in der Regel auf Dienstdauer in der gleichen Gehaltsklasse. Der Gehalt des älteren Amtsarztes steht häufig hinter dem jüngeren Amtsrichter und Bezirksamtsassessor zurück.

Besondes bitter empfanden die Bezirksärzte die Zugehörigkeit zur Gehaltsklasse XII bei der Festsetzung der Tagegelder. Während sie bis zum Jahre 1903 bei auswärtigen Dienstgeschäften das Tagegeld der ihnen im Rang gleichstehenden Beamten bezogen (M 11.—), hatten sie vom Jahre 1908 ab in Rücksicht auf die Einreihung in die XII. Gehaltsklasse nur mehr ein Tagegeld von M 6.— und Uebernachtungsgeld von M 3.— zu beanspruchen.

Die Einreihung der Bezirksärzte in die Gehaltsklasse XII geschah in erster Linie in Rücksicht auf deren Nebeneinnahmen. Tatsächlich weist die Gehaltsordnung bei Klasse XII in Spalte „Bemerkungen" ausdrücklich darauf hin, daß die Bezirksärzte, der Zentralimpfarzt und die Bezirkstierärzte neben ihrem Gehalt die ihnen verordnungsmäßig zugewiesenen Gebühren beziehen. Die Gebühren sind damit gewissermaßen zu einem Gehaltsteil gestempelt worden. Es ist naheliegend, daß die Bezirksärzte daraus die Hoffnung schöpfen zu dürfen glaubten, daß die mit Inkrafttreten der Gehaltsordnung bestehenden Gebühren erhalten bleiben würden. Diese Hoffnung hat sich nicht erfüllt. Der Kreis der gebührenpflichtigen Amtssachen, der schon vor der Erlassung der Gehaltsordnung mehr und mehr eingeschränkt worden war, wurde auch nach dem Jahre 1908 noch enger. So wurden insbesondere zahlreiche amtsärztliche Zeugnisse als gebührenfreie Dienstsachen erklärt. Seit 1908 sind nachstehende bezirksärztliche Zeugnisse gebührenfrei auszustellen:

1. zur Aufnahme von Amtsgerichtsinzipienten durch JMB. von 22. Juli 1909 (JMABl. S. 345),
2. zur Aufnahme von Notariatsinzipienten durch JMB vom 16. Oktober 1909 (JMABl. S 411),
3. über die Dienstfähigkeit der Anwärterinnen für den Dienst der Staatsschuldenverwaltung durch FME. vom 20. April 1910,
4. zur Aufnahme von Rentamtsassistentinnen durch FMB. vom 6. April 1911 Z. 1 Nr. 4 II (FMABl. S. 277),
5. zur Aufnahme von Bezirksamtsinzipienten durch ME. vom 19. November 1911, § 8 II (MABl. S. 767),
6. für das mittlere technische und das Kanzlei- und Zeichenpersonal des inneren Staatsbaudienstes und des Wasserversorgungsbüros durch ME. vom 4. Mai 1912 (MABl. S. 592),
7. für Befreiung von Turnunterricht an den höheren Lehranstalten (Vollzugsvorschriften zur KV. vom 30. Mai 1914, KMBl. S. 398),
8. zur Zulassung zur Prüfung für Flußaufseher (MB. vom 17. Dezember 1911).

Die bayerischen Amtsärzte verkennen nicht den sozial fürsorgenden Sinn, der aus diesen Verordnungen spricht. Es soll durch diese Ausführungen lediglich darauf hingewiesen werden, daß durch die Einschränkung der gebührenpflichtigen Zeugnisse die Einnahmen der Amtsärzte merkbar zurückgegangen sind.

Auch mit KV. vom 9. Januar 1912 über den amtsärztlichen Dienst wurde durch § 14 der Kreis der gebührenpflichtigen Dienstsachen beschränkt und bestimmt, daß der Bezirksarzt bei der selbständigen Erledigung von Verwaltungsgeschäften und bei der Beratung und Unterstützung der Distriktsverwaltungs- und Gemeindebehörden auf dem Gebiete des Gesundheitswesens keine Gebühr erhält, auch wenn die Kosten von Privaten zu tragen sind.

Durch diese Bestimmung ist, wie aus zahlreichen mündlichen und schriftlichen Anfragen hervorgeht, eine Unsicherheit und gewisse Beunruhigung unter den Bezirksärzten entstanden. Es ist für den Amtsarzt nichts peinlicher, als eine angeforderte Gebühr auf Grund einer erfolgreichen Beschwerde wieder zurückzahlen zu müssen — viele Amtsärzte verzichten in allen ihnen zweifelhaft dünkenden Fällen lieber auf eine Gebühr, als daß sie sich dem Schein einer widerrechtlichen Bereicherung aussetzen.

Neben den Gebühren spielte in den Verhandlungen des Landtags bei der Einreihung der Bezirksärzte in Klasse XII auch die ärztliche Praxis, welche eine Reihe von Amtsärzten in kleineren Bezirken ausübt, eine Rolle. In dieser Beziehung hatten sich die Verhältnisse aber schon im Jahre 1908 gegenüber früheren Jahrzehnten ganz wesentlich verändert.

Der Amtsarzt der früheren Jahrzehnten war in erster Linie prakt. Arzt und erst in zweiter Linie, sozusagen im Nebenbetrieb, Beamter. Seine amtliche Stellung verschaffte ihm eine lohnende Privatpraxis, sein Ansehen als prakt. Arzt war durch seine dienstliche Stellung ein gehobenes. Selbst die Amtsärzte der größeren Städte waren in früheren Zeiten gesuchte und beliebte Aerzte, die gerade in den wohlhabenden Bevölkerungsschichten eine mehr oder minder umfangreiche Praxis ausübten.

Seit Ende des vorigen Jahrhunderts und noch mehr im laufenden Jahrhundert hat sich dieses Verhältnis völlig verschoben. Durch die Mehrung der Zahl der prakt. Aerzte in den Städten und auf dem Lande ist es für den neu-

ernannten Bezirksarzt immer schwerer geworden, sich eine auskömmliche Praxis zu sichern.

Weiterhin hat sich aber auch das Tätigkeitsgebiet des Bezirksarztes mit dem Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens mehr oder minder vertieft und erweitert. Insbesondere hat die tatkräftige Mitarbeit auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge den Bezirksärzten eine bedeutende Arbeitsmehrung gebracht.

Durch die fortschreitende Entwicklung des amtsärztlichen Dienstes wurde so die ärztliche Praxis des Bezirksarztes von Jahrzehnt zu Jahrzehnt mehr zurückgedrängt, der Bezirksarzt ist mehr und mehr ein vollbeschäftigter Staatsbeamter geworden.

Tatsächlich sind schon längst zahlreiche Amtsärzte, insbesondere die Landgerichtsärzte der großen Landgerichte, dann alle Bezirksärzte in den unmittelbaren Städten und in den größeren ländlichen Bezirken nicht mehr in der Lage, Privatpraxis zu betreiben. Je mehr sich ein Amtsarzt um seinen Dienst, um die Hebung der öffentlichen Gesundheitspflege und die soziale Fürsorge annimmt, desto weniger Zeit und Gelegenheit hat er für eine auskömmliche Privatpraxis.

Die Bezirksärzte haben in ihrer großen Mehrzahl diese Entwicklung begrüßt; denn es ist nicht zu verkennen, daß die allzu große Betätigung in der allgemeinen Praxis den Amtsarzt, dessen Zeugnissen gewöhnlich ein ausschlaggebender Wert beigemessen wird, häufig in eine schiefe Stellung bei der Bevölkerung gebracht hat. Es ist nicht zu bestreiten, daß ein Amtsarzt desto unabhängiger ist, je mehr er sich frei macht von der allgemeinen Praxis — unabhängiger gegenüber der Bevölkerung und gegenüber den prakt. Aerzten. Ein Amtsarzt, der nicht im Wettbewerb mit den prakt. Aerzten steht, hat größeren Einfluß auf die Aerzte und wird auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge von den prakt. Aerzten viel mehr unterstützt werden.

Es ist schon oft auf die ideellen Vorteile, welche der Amtsarzt aus der Betätigung in der allgemeinen Praxis zieht, hingewiesen worden. Sie sollen nicht bestritten werden. Der ständige Umgang mit der Bevölkerung, die Vertrauensstellung als Hausarzt gewährt dem Amtsarzt sicher manchen Einblick in Verhältnisse, die ihm sonst verschlossen bleiben. Es fragt sich aber doch, ob die auf der Loslösung von der Praxis beruhende vollkommende Unabhängigkeit und damit zusammenhängende Hebung des Ansehens als Beamter fur den Amtsarzt nicht schwerer wiegt, als die mit der Praxis verbundenen Vorteile.

Wenn man einer Einschränkung der allgemeinen Praxis das Wort redet und eine völlige Loslösung von ihr nicht bedauert, so ist damit nicht gesagt, daß ein Verbot jeglicher Praxis erwünscht ist. Es ist im Gegenteil zu fürchten, daß ein förmliches Praxisverbot dem Ansehen der Amtsärzte in den ärztlichen Kreisen nicht förderlich wäre. Ich möchte deshalb nicht einem Verbot, sondern lediglich einer Einschränkung der Praxis das Wort reden. Ich halte dafür, daß die Uebernahme einer Bahnarztstelle, eines Postvertrauensarztes, eines Hausarztes an einem Krankenhaus oder einer Anstalt für die Amtsärzte durchaus wünschenswert ist. In all diesen Stellen kann der Amtsarzt reiches ärztliches Können entfalten und reiche Befriedigung als Arzt finden.

Auch die Gutachtertätigkeit in der sozialen Arbeitergesetzgebung muß dem Amtsarzt erhalten bleiben. Sie ist in erster Linie von Belang für die Versicherungsträger. Durch den unabhängigen Amtsarzt ist die Objektivität der Gutachten besser gewährleistet wie durch den behandelnden Arzt. Auch sonstige Gutachtertätigkeit für Lebens- und Unfallversicherungsgesellschaften paßt sehr wohl in den Rahmen der privatärztlichen Tätigkeit des Amtsarztes. Es ist anzustreben, daß der Amtsarzt mehr und mehr der von öffentlichen Stellen und privaten Gesellschaften gesuchte Gutachter seines Amtsbezirkes wird.

Die Gutachtertätigkeit erfordert ein umfangreiches fachtechnisches Wissen, eine ständige Fortbildung im Beruf, eine genaue Kenntnis der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und ein Vertrautsein mit den im Bezirk vorhandenen technischen Betrieben. Der öffentliche Gutachter soll über seine Gutachtertätigkeit hinaus eine fürsorgende Beratung gegenüber den begutachteten Personen ausüben. Dann wird er im wahren Sinne des Wortes der Vertrauensarzt der Versicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften sein.

In den Kreis der Gutachter- und Fürsorgetätigkeit werden in den nächsten Jahrzehnten auch noch die zahlreichen Kriegsbeschädigten fallen. Wenn der Amtsarzt ihnen Freund und Berater sein soll, wenn er ihre Lebensschicksale verfolgen will, dann wird dieses Arbeitsgebiet allein eine solche Fülle von Arbeit bringen, daß die privatärztliche Tätigkeit des Amtsarztes mehr und mehr zusammenschrumpfen wird.

Dem niederen Einkommen der Bezirksärzte entspricht der gering bemessene Ruhegehalt. Wohl hat die K. Staatsregierung gegenüber der Tatsache, daß die Amtsärzte verhältnismäßig spät zur Anstellung kommen, in wohlwollender Fürsorge einen gewissen Ausgleich dadurch geschaffen, daß die im ärztlichen Beruf zugebrachte Zeit von dem Zeitpunkt der Ablegung der Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst ab bei Festsetzung des Ruhegehaltes der Amtsärzte als einrechnungsfähige Zeit berücksichtigt wird.

Trotzdem reicht der Ruhegehalt nach der derzeitigen Berechnung nicht annähernd aus, um die Zukunft der Familie bei eintretender Dienstunfähigkeit des Ernährers sicherzustellen.

Es beträgt im Durchschnitt für einen Bezirksarzt, der mit 28 Jahren seine staatsärztliche Prüfung ablegte und im 47. Lebensjahr zur Anstellung gelangte

bei einer Inruhestandsversetzung	der bezirksärztliche Gehalt	der bezirksärztliche Ruhegehalt	das Witwengeld	das Doppelwaisengeld
im 50. Lebensjahr . . .	3500 Mk.	1995 Mk.	798 Mk.	266 Mk.
im 60. Lebensjahr . . .	5500 Mk.	3687 Mk.	1476 Mk.	492 Mk.
im 65. Lebensjahr . . .	6000 Mk.	4320 Mk.	1728 Mk.	576 Mk.

Die Bezirksärzte werden in einem Alter als Amtsärzte angestellt, in der sie die höchste Einnahme als praktische Aerzte haben. Sie können infolge ihrer Anstellung ihre Höchsteinnahme nicht lange genug genießen, um sich Rücklagen für das Alter in entsprechender Höhe zu machen.

Bei der Anstellung geht das Jahreseinkommen mit verschwindenden Ausnahmen zurück und ermöglicht keine weiteren Rücklagen mehr.

Die Frage des Ruhegehaltes ist bei der zunehmenden Teuerung für die älteren Herren eine so schwerwiegende und vordringliche, daß die Vorstandschaft des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins sich verpflichtet fühlte, die aus diesen Verhältnissen erwachsende Sorge der Bezirksärzte in einer Eingabe vom 3. März 1918 dem K. Staatsministerium vorzutragen.

Man hat früher den Dienst des Landgerichtsarztes höher eingeschätzt als den des Bezirksarztes und dementsprechend, wie auch in Rücksicht auf den geringeren Gebührenanfall beim landgerichtsärztlichen Dienst, den Gehalt des Landgerichtsarztes schon in der früheren Gehaltsordnung etwas höher bemessen wie den des Bezirksarztes. Es ist zuzugeben, daß der Landgerichtsarzt als gerichtlicher Gutachter stets über ein reiches fachtechnisches Wissen verfügen, daß er gewandt und schlagfertig sein muß, um seine Stellung auszufüllen.

Aber auch der Bezirksarzt hat heutzutage eine ganz andere Stellung wie in früheren Jahrzehnten. Auf sein Gutachten stützen sich alle die öffentliche Gesundheitspflege betreffenden Verfügungen der Distriktsverwaltungsbehörden, Verfügungen, die sehr oft tief einschneiden in die wirtschaftlichen Verhältnisse des einzelnen und ganzer Gemeinden. Der Bezirksarzt hat bei den vorläufigen Anordnungen gelegentlich des Ermittelungsverfahrens bei übertragbaren Krankheiten schwerwiegende Entschlüsse zu fassen, die für die Eindämmung einer Seuche häufig von ausschlaggebender Bedeutung sind.

Die vielseitigen Aufgaben des bezirksärztlichen Dienstes erfordern heutzutage ebensosehr tüchtige, fachwissenschaftlich gut ausgebildete Aerzte wie der gerichtsärztliche Dienst.

Aber gerade solche Aerzte befinden sich in der Regel im Besitze einer einträglichen Privatpraxis und werden — falls sie nicht über ein genügendes Privatvermögen verfügen — eine Staatsstellung nur anstreben, wenn ihre Kenntnisse und ihre Tatkraft einigermaßen entsprechend entlohnt werden.

Bei den Bezirksärzten ist dies — das muß offen gesagt werden — zurzeit nicht der Fall. Der Gehalt der XII. Gehaltsklasse wird der zunehmenden Bedeutung der öffentlichen Gesundheitspflege und des amtsärztlichen Dienstes nicht mehr gerecht. Er steht nicht mehr im Einklang mit der beträchtlichen Mehrung der bezirksärztlichen Dienstobliegenheiten einerseits und mit der zunehmenden Einschränkung der gebührenpflichtigen Dienstsachen sowie der mehr und mehr die Regel werdenden Praxiseinschränkung und Praxisaufgabe der Amtsärzte anderseits.

Unter den gegebenen Verhältnissen dürfte der Wunsch der Bezirksärzte, den Landgerichtsärzten im Gehalt gleichgestellt zu werden, berechtigt erscheinen. Durch Einreihung in die IX. Gehaltsklasse würde für den Bezirksarzt auch äußerlich im Gehalt die Gleichstellung mit den ihm im Rang gleichstehenden Beamtenklassen erreicht.

Bei Einreihung der Bezirksärzte in eine höhere Gehaltsklasse ist wohl eine weitere wesentliche Einschränkung der bezirksärztlichen Gebühren zu erwarten. Bei den Bezirksärzten der ländlichen Bezirke wird der Gebührenwegfall, wenn wenigstens die Impfgebühren erhalten bleiben, ausgeglichen werden durch die Gehaltsmehrung, die durch die Angleichung des Gehaltes der Bezirksärzte an den Gehalt der Landgerichtsärzte bedingt ist. Voraussetzung hierbei ist, daß die Gehaltszumessung nach der Dienstaltersstufe bemessen wird, in der sich der Bezirksarzt zur Zeit der Ueberführung in die höhere Gehaltsklasse befindet.

Für die Bezirksärzte der großen Städte würde die Gebühreneinschränkung eine empfindliche Einbuße der Einnahmen bedeuten, eine Einbuße, die durch die Einreihung in die höhere Gehaltsklasse nicht annähernd ausgeglichen werden würde. Die größeren Nebeneinnahmen dieser Bezirksärzte sind der Ausgleich für die überreichliche Mehrarbeit, welche der Dienst in den großen Städten mit sich bringt. Bei dem Gebührenwegfall würden auch mit dem Gehalt der Klasse IX nur Amtsärzte mit Privatvermögen die Stellen in den großen Städten anstreben. Der Grundsatz „Freie Bahn dem Tüchtigen" könnte hierbei nicht aufrecht erhalten werden.

Ein Ausgleich für die Gebühreneinschränkung in den größeren Städten ließe sich finden

a) durch Gewährung einer angemessenen nicht pensionsberechtigten Zulage oder
b) durch Einreihung in die Gehaltsklasse VII.

Die Mehrkosten der Gewährung einer Zulage könnten dadurch gedeckt werden, daß die Zeugnisgebühren für die Staatskasse eingezogen werden. Eine solche Zulage dürfte insbesondere in Betracht kommen für die in umfangreichen Doppelstellen (unmittelbare Stadt und Bezirksamt, Landgericht und Distriktsverwaltungsbehörden) tätigen Amtsärzte. Ihre gesetzliche Unterlage dürfte in Art. 27,3 des Beamtengesetzes gegeben sein.

Durch die Einreihung einiger Amtsärzte — Landgerichts- und Bezirksärzte — in die Gehaltsklasse VII (Regierungsräte) würden auch für die Amtsärzte Vorrückungsstellen geschaffen, wie dies für einige größere Bezirksämter, Amtsgerichte und Rentämter in gleicher Weise bereits geschehen ist. Es käme damit die Bedeutung des amtsärztlichen Dienstes an den größten Landgerichten und Distriktsverwaltungsbehörden auch äußerlich zum Ausdruck.

Die Erhaltung der Impfgebühren wird von den Bezirksärzten unter allen Umständen angestrebt. Der Staat dürfte an ihrem Wegfall kein Interesse haben, weil es ihm auf die Dauer sicher nicht gelingen wird, sie von den Gemeinden einzuheben. Ein Wegfall der Impfgebühren würde für den Staat eine beträchtliche Mehrausgabe an Reisekosten und Tagegeldern bedeuten.

Aus dem Gesagten ergibt sich als Folgerung:

1. Bei Neuregelung der Gehaltsordnung erscheint die Herausnahme der Bezirksärzte aus der Gehaltsklasse XII durch die veränderten Verhältnisse geboten.
2. In Rücksicht auf die Bedeutung des bezirksärztlichen Dienstes wird die Einreihung der Bezirksärzte in die gleiche Gehaltsklasse, in der sich die Landgerichtsärzte und die anderen im gleichen Range stehenden Beamten befinden, vom Bayer. Medizinal-Beamtenverein angestrebt.

3. Bei Einreihung der Bezirksärzte in die Gehaltsklasse IX würde für den Fall der weiteren Einschränkung der bezirksärztlichen Gebühren ein dem Einnahmeausfall entsprechender Ausgleich nur bei einem Teil der Bezirksärzte zu erreichen sein unter der Voraussetzung der Einrückung der jetzt schon im Amt stehenden Bezirksärzte in die ihrem Dienstalter entsprechende Gehaltsstufe.
4. In den größeren Aemtern, in welchen durch Maßnahme 3 ein angemessener Ausgleich nicht geschaffen werden kann, dürften nicht pensionsberechtigte Zulagen zu gewähren sein.
5. In Rücksicht auf die geringe Zahl der vorhandenen Vorrückungsstellen dürfte die Verleihung des Ranges und Gehaltes eines Regierungsrates (Gehaltsklasse VII) an die Landgerichts- und Bezirksärzte der größten Gerichts- und Verwaltungsbezirke zu empfehlen sein.

Tagesnachrichten.

Um die während des Krieges immer mehr zutage tretenden Mißstände auf dem **Gebiete des Wohnungswesens** möglichst zu beseitigen, ist vom Bundesrat eine Verordnung zum Schutze der Mieter und eine solche über Maßnahmen gegen Wohnungsmangel beschlossen, die durch Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 23. September d. J. mit dem Tage der Verkündigung in Kraft getreten sind. Danach sollen überall Mieteinigungsämter eingerichtet werden, um unter verständnisvoller Würdigung der durch die gegenwärtige Lage bedingten Schwierigkeiten einen gerechten Ausgleich zwischen den Interessen der Mieter und Vermieter herbeizuführen. Namentlich gilt dies in bezug auf etwaige Mietssteigerungen. In dem dazu ergangenen Erlaß des Staatskommissars für das Wohnungswesen vom 24. September d. J. werden hierfür folgende beachtenswerte Richtlinien gegeben: „Bei der Prüfung der Mietzinssteigerungen wird in erster Linie der objektive Wert der Wohnung zugrunde zu legen sein. Dabei wird meist von den Friedensmieten in der Weise ausgegangen werden können, daß dem Vermieter für die Steigerung der Hypothekenzinsen, die erhöhten Aufwendungen für die Instandhaltung des Grundstücks usw. ein hinreichender Aufschlag zugebilligt wird. Die Rücksicht auf die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Parteien ist zwar nicht außer acht zu lassen. Sie darf aber nicht allein ausschlaggebend sein. Besonders wird darauf Rücksicht zu nehmen sein, daß nicht Familien wegen Kinderreichtums Wohnungsschwierigkeiten ausgesetzt werden. Anderseits kann es z. B. nicht als Aufgabe der Einigungsämter angesehen werden, die Befriedigung hoher Wohnungsansprüche zu erleichtern, die von Mietern vermöge ihrer Wohlhabenheit gestellt werden".

In **Berlin** sind vor kurzem einige **Cholerafälle** vorgekommen, über die der Ministerialdirektor im Ministerium des Innern, Prof. Dr. Kirchner, den Vertretern der Presse am 3. d. M. beruhigende Erklärungen abgegeben hat mit der ausdrücklichen Versicherung, daß ein Grund auch nur zur geringsten Beunruhigung der Bevölkerung nicht vorliegt. Insgesamt sind bis zum heutigen Tage 15 Fälle gemeldet, von denen aber einige noch nicht mit Sicherheit als Cholera festgestellt werden konnten. Alle Fälle gruppierten sich um die Gegend der Linienstraße im Nordosten Berlins; man hat nunmehr ermittelt, daß die Cholera durch den Gesellen einer Pferdeschlachterei in der Linienstraße, der als sogenannter Bazillenträger festgestellt wurde, verbreitet worden ist. Cholera nimmt nur dann einen bösartigen epidemischen Charakter an, wenn die Wasserläufe und Wasserleitung verseucht sind, was in Berlin nicht der Fall ist. Für die Bewohnerschaft Berlins liegt nicht der geringste Grund vor, ihre Lebensgewohnheiten zu ändern.

Der **Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege** hat auf seiner diesjährigen vom 5 bis 7. September in Cöln abgehaltenen **Hauptversammlung,** der ersten seit Kriegsbeginn, eine Erweiterung seiner Vereinsziele nach der sozialhygienischen Seite hin und demzufolge eine Abänderung seiner Satzungen beschlossen. Als Zweck des Vereins wird nunmehr bezeichnet: Die Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege unter Zusammen-

fassung aller Kräfte, die auf wissenschaftlichem oder technisch-praktischem Gebiet oder in Verwaltungen und Vereinen der Gesundheitspflege im allgemeinen und der sozialen Hygiene im besonderen ihre Teilnahme zuwenden.“ Die Zahl der bisherigen Vorstandsmitglieder (6) ist demzufolge auf 10 erhöht; neben Aerzten, Verwaltungsbeamten und Technikern sollen dem Vorstande auch Vertreter der sozialen Hygiene angehören. Für das nächste Jahr wurden in den Vorstand gewählt: die Oberbürgermeister Funk-Elberfeld und Rive-Halle a. S., die Stadtbauräte Geh. Baurat Höpfner-Cassel und Dr. ing. Schmidt-Essen, Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Abel-Jena, Prof. Dr. Heim-Erlangen, Geh. Med.-Rat Dr. Schneider-Wiesbaden, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kruse-Leipzig, Dr. A. Fischer-Karlsruhe und Geh. Reg.-Rat Schröder, Landesrat in Cassel.

Der vom 16.—18. September d. J. in Wien abgehaltene **Kongreß für die Kriegsbeschädigtenfürsorge** hat unter großer Teilnahme auch seitens der staatlichen Behörden stattgefunden. Bei der Eröffnung begrüßte namens der österreichischen Regierung der Ministerpräsident Freiherr v. Hussoreck den Kongreß durch eine längere Ansprache. Der Vorsitzende der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge, Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Dietrich-Berlin, dankte für die der Tätigkeit seiner Körperschaft gewidmeten Anerkennung und würdigte in warmen Worten die österreichische Bundestreue in diesem Kriege auf Leben und Tod, auf Sein oder Nichtsein. Generalarzt Dr. Schultze überbrachte die Grüße der deutschen Kaiserin und des deutschen Heeres. Den Festvortrag hielt Prof. Dr. Lange, Direktor der Königl. Orthopädischen Klinik in München, über **Friedenskrüppelfürsorge und Kriegsorthopädie.** Seine Ausführungen fanden lebhaften Beifall. — Der nächste Kongreß soll im Jahre 1920 in Berlin stattfinden, zum Präsidenten dieses Kongresses wurde Prof. Dr. Bresalski in Berlin gewählt.

Zu dem am 21. September d. J. in Budapest eröffneten **Kongreß der Aerzteabteilung der reichsdeutschen, der österreichischen und ungarischen und türkischen Waffenbrüderlichen Vereinigung** war eine große Zahl Teilnehmer erschienen. Am Eröffnungstage sprach nach den üblichen Begrüßungen der Führer der deutschen Aerzteabteilung, Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner, **über die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitspflege in den letzten 50 Jahren vor dem Kriege,** die seiner Ueberzeugung nach einen wesentlichen Anteil daran habe, daß die verbündeten Völker gesund und leistungsfähig in diesen beispiellos schweren Krieg eingetreten wären. Durch die Entwicklung zahlreicher leistungsfähiger Forschungsinstitute wären die Bedingungen für ein gesundes Leben, eine gute Ernährung, Wohnung und Bekleidung festgestellt worden. Zahlreiche bemittelte wissenschaftliche Vereine hätten die Ergebnisse der Forschung in die Praxis übersetzt, und die Regierungen der Länder, die Verwaltungen der Städte und Kommunen hätten sich dies alles zum Besten des Volkswohls zunutzen gemacht. Ueberall wären Einrichtungen für eine zweckmäßige Trinkwasserversorgung, für eine einwandfreie Beseitigung der Abfallstoffe getroffen und Anstalten zur Untersuchung der Nahrungsmittel sowie zur Seuchenbekämpfung errichtet worden. Infolgedessen hätte die Verbreitung von Krankheiten, insonderheit der sogenannten Volkskrankheiten, von Jahr zu Jahr abgenommen, damit auch die Sterblichkeit bei gleichzeitiger Zunahme der durchschnittlichen Lebensdauer. Auch die Heeresverwaltungen wären in zielbewußter Weise dem Beispiel der Zivilverwaltung gefolgt. Es hätten noch niemals so wenig Seuchen während eines Krieges geherrscht, seien noch niemals von den Verwundeten so viele felddienstfähig in die Front zurückgekehrt, wie in diesem Kriege.! Nach dem Frieden müsse jedenfalls alles geschehen, um das Volk so bald als möglich auf den gesundheitlichen Standpunkt zurückzuführen, den es vor dem Kriege gehabt hätte. Die schweren Verluste an Menschenleben müßten durch doppelte Sorge für jeden einzelnen, namentlich für die Jugend und für das heranwachsende Geschlecht wieder ausgeglichen werden. Besonders nachdrücklich müßte für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, der Tuberkulose und anderer Volkskrankheiten eingetreten werden. Die auf diesem Gebiete tätigen amtlichen und privaten Veranstaltungen müßten in zweckmäßiger Weise zentralisiert werden durch Errichtung von Wohlfahrtsämtern in den größeren Städten und in den Kreisen. Für diese Arbeiten müßten besonders geeignete Personen gewonnen werden

durch Ausbildung und Anstellung von Fürsorgerinnen. Das Land müsse überzogen werden von einem dichten Netz bakteriologischer Untersuchungsanstalten sowie von Beratungsstellen für Säuglinge, für Tuberkulose und für Geschlechtskrankheiten. Besonderer Fürsorge müsse der Volksernährung zugewendet werden durch Vermehrung und bessere Ausgestaltung der Nahrungsmitteluntersuchungsämter. Das gesamte Gesundheitswesen müsse einheitlich und zielgemäß ausgebidet werden in den Städten, Kreisen, Provinzen und in den Zentralinstanzen. Die Kreis- oder Bezirksärzte müßten vollbesoldete Staatsbeamte und von der gerichtlichen Tätigkeit befreit werden, damit sie sich lediglich ihren gesundheitlichen Aufgaben zuwenden könnten. Anzustreben wäre ferner ein enges Zusammenarbeiten der jetzt im Kriege verbündeten Völker und ein gegenseitiger Austausch von Erfahrungen auf dem Gebiete der Gesundheitspflege und des gesamten Gesundheitswesens. Dann dürfte man die Hoffnung hegen, daß die durch den Weltkrieg verursachten Schäden bald wieder ausgeglichen würden, sich mit Tatkraft und Erfolg den vielfachen kulturellen Aufgaben zu widmen, die nach dem Frieden an sie herantreten würden. Aller Schwarzseherei zum Trotz dürfte man davon überzeugt sein, daß nach dem Friedensschluß Handel und Verkehr, Kunst und Wissenschaft wieder mutig ihr Haupt erheben und sich in glänzender Weise entwickeln würden. Mit einem Appell an den Mut schloß der Vortragende seinen mit allseitigem Beifall aufgenommenen Ausführungen.

Weitere Vorträge hielten der Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat, Prof. Dr. Dietrich-Berlin über die ärztliche Fortbildung in Deutschland, Prof. Dr. Adam-Berlin über die Organisation der ärztlichen Fortbildung, Ob.-Med.-Rat, Prof. Dr. Nocht-Hamburg über die Therapie der Malaria und Geh. Rat, Prof. Dr. Aschoff-Freiburg, über den medizinischen Unterricht in Deutschland.

Nachruf. Am 23. September d. J. ist der ehemalige Direktor des Königl. Instituts für Infektionskrankheiten „Robert Koch", Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. **Gaffky,** in seiner Vaterstadt Hannover, wohin er sich nach seiner Pensionierung zurückgezogen hatte, im 69. Lebenjahre nach längerer Krankheit gestorben. Mit ihm ist ein großer deutscher Hygieniker, der älteste und treueste Mitarbeiter Robert Kochs dahingeschieden, der durch sein reiches Wissen, seine bahnbrechendenden Forschungsergebnisse, seine zielbewußte Tätigkeit und fachkundigen Ratschläge sich unvergängliche Verdienste auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens, insbesondere der Volksseuchenbekämpfung zum Segen und Wohle der ganzen Menscheit, namentlich seines deutschen Vaterlandes, erworben hat. Während seiner verdienstvollen und segensreichen Tätigkeit — als Militärarzt, als Mitglied des Kaiserl. Gesundheitsamtes, als Begleiter R Kochs auf dessen erfolgreicher Choleraforschungsreise nach Aegypten und Indien (Kalkutta) (1883/84), als Leiter der deutschen Expedition (1897) zur Erforschung der Pest in Bombay, als ordentl. Professor der Hygiene in Gießen (1897), als Nachfolger R. Kochs und Direktor des Instituts für Infektionskrankheiten, sowie als Mitglied der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen und des Wissenschaftlichen Senats an der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärische Bildungswesen in Berlin (1904—1913) — hat er sich nicht nur durch außerordentliche wissenschaftliche Tüchtigkeit und hervorragende Pflichttreue ausgezeichnet, sondern auch eine große Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten verfaßt, die seinen Namen dauernd mit den Ergebnissen der Hygiene und Bakteriologie verknüpfen werden. Auch nachdem er in den Ruhestand getreten war, ist er als Mitglied des Reichsgesundheitsamtes und Ehrenmitglied des Instituts für Infektionskrankheiten unermüdlich tätig gewesen und hat namentlich während des Krieges dem Heere als beratender Hygieniker große Dienste geleistet.

Der Deutsche und Preußische Medizinalbeamtenverein haben in ihm ein langjähriges Mitglied verloren, das dem Vorstande des Deutschen Medizinalbeamtenvereins seit dessen Gründung angehört und sich nicht nur wegen seiner unvergleichlichen wissenschaftlichen Leistungen, sondern auch wegen seiner außerordentlichen persönlichen Liebenswürdigkeit, seines lauteren Charakters und großen Bescheidenheit der größten Hochachtung und Beliebtheit erfreut hat. Sein Andenken wird allezeit in hohen Ehren gehalten werden!

Nachruf. Nach längerem Leiden ist am 18. September d. J. der Geh Med.-Rat Dr. **Nesemann,** Reg.- und Med.-Rat a. D. in Berlin, im Alter von 71 Jahren gestorben. Er war zuerst Kreisphysikus in Soldin, wurde im Jahre 1891 als Bezirksphysikus nach Breslau versetzt, im Jahre 1901 zum Reg.- und Med.-Rat in Lüneburg ernannt und in gleicher Eigenschaft im Jahre 1903 als zweiter Reg.- und Medizinalrat an das Polizeipräsidium in Berlin versetzt. In allen diesen amtlichen Stellungen hat er sich als überaus pflichttreuer, tüchtiger und seinen schwierigen Aufgaben nach jeder Richtung hin gewachsener Medizinalbeamter bewährt; ein körperliches Leiden zwang ihn, im Jahre 1915 aus dem Staatsdienst zu scheiden. Der Preußische Medizinalbeamtenverein betrauert in ihm eins seiner ältesten Mitglieder, das fast auf keiner seiner Hauptversammlungen gefehlt hat. Friede seiner Asche! Ehre seinem Andenken!

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse: Stabsarzt d. Res. Dr. Kracht, Kreisarzt in Itzehoe (Schleswig-Holstein), Oberstabsarzt d. Res. Med.-Rat Dr. Herlitzius in Erkelenz (Rheinprovinz), derselbe hat auch das Ritterkreuz des Königl. Oesterreichischen Franz Josefordens mit der Kriegsdekoration und das Ehrenzeichen II. Kl. mit Kriegsdekoration des Oesterreich-Ungarischen Roten Kreuzes erhalten.

Neunte Kriegsanleihe.

„Es wird das Jahr stark und scharf hergehen. Aber man muß die Ohren steif halten, und jeder, der Ehre und Liebe fürs Vaterland hat, muß alles daran setzen." Dieses Wort Friedrichs des Großen müssen wir uns mehr denn je vor Augen halten. Ernst und schwer ist die Zeit, aber weiterkämpfen und wirken müssen wir mit allen Kräften bis zum ehrenvollen Ende. Mit voller Wucht stürmen die Feinde immer aufs neue gegen unsere Front an, doch stets ohne die gewollten Erfolge. Angesichts des unübertrefflichen Heldentums draußen sind aber der Daheimgebliebenen Kriegsleiden und Entbehrungen gering. An alles dies müssen wir denken, wenn jetzt das Vaterland zur 9. Kriegsanleihe ruft. **Es geht ums Ganze, um Heimat und Herd, um Sein oder Nichtsein unseres Vaterlandes!** Daher muß jeder die neue

Kriegsanleihe zeichnen!

Zeichnungen nimmt jede Bank, Sparkasse, Kreditgenossenschaft, Lebensversicherungsgesellschaft, Postanstalt usw. entgegen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Königreich Bayern.

Ernannt: außerordentlicher Prof. Dr. Seifert in Würzburg zum ordentlichen Professor.

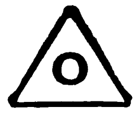
In den Ruhestand getreten: Bezirksarzt Dr. Schrank in Ebersberg (Oberbayern) unter Verleihung des Titels und Ranges eines Medizinalrats.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Professor: dem Physikus Dr. Sieveking in Hamburg; — das preußische Verdienstkreuz für Kriegshilfe: dem Geh. Med.-Rat Dr. Bayer und dem Reg.- u. Med.-Rat Dr. Osswald in Sondershausen, sowie dem Hof- u. Med.-Rat Dr. Deetz in Arolsen.

Ernannt: Physikus Dr. Reuter in Hamburg auf weitere 6 Jahre zum Mitglied des Medizinalkollegiums.

---

31. Jahrgang; Nr. 20.  Ausgegeben am 20. Oktober 1918.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 19/20 am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Titel als Geh. Medizinalrat den ordentl. Professoren Dr. Bumke in Breslau, Dr. Römer in Greifswald, Dr. Jensen in Göttingen, Dr. Schieck in Halle a. S., Dr. Ledderhose in Straßburg i. E. und Dr. Bielschowsky in Marburg sowie dem außerordentlichen Professor Dr. Grunmach in Berlin; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Weissenborn, Kreisarzt in Berlin und dem Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Holtzmann in Straßburg i. Els.; — der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Rusack in Cöln a. Rh.; — das Verdienstkreuz für Kriegshilfe: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Reinhold und dem Kreisarzt Med.-Rat Dr. Dreves in Hannover; — die Rote Kreuz-Medaille III. Klasse: den Kreisärzten Med.-Rat Dr. Becker in Hildesheim und Dr. Kramer in Wilhelmshaven.

Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung des Königl. Sächsischen Kriegsverdienstkreuzes: dem Min.-Direktor Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner und dem vortragenden Rat Geh. Med.-Rat Dr. Beninde-Berlin.

Ernannt: Kreisarzt a. D. Dr. P. Neumann in Altenkirchen zum Kreisarzt in Heinsberg.

Versetzt: Ordentl. Prof. Dr. Bumke in Breslau nach Greifswald.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Kämpfe, Kreisarzt a. D. in Karthaus und Med.-Rat Dr. Ocker, Kreisarzt in Verden a. Aller.

Königreich Bayern.

Ausgeschieden als ordentlicher Beisitzer des Medizinalkomitees der Universität Würzburg: Prof. Dr. Enderlen daselbst infolge seiner Berufung nach Heidelberg.

Versetzt: Die Bezirksärzte Dr. Westermayer in Wolfstein nach Fürstenfeldbruck und Dr. Flasser in Pegnitz nach Wolfratshausen und Dr. Adam in Griesbach nach Ebersberg.

Gestorben: Dr. Demetz, bezirksärztlicher Stellvertreter in Dahn, Bezirksarzt a. D. Dr. F. Wacker in Landsberg, Bezirksarzt a. D. Dr. A. Leopolder in Pasing.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Med.-Rat Dr. v. Stieglitz, Bezirksarzt a. D. in Löbau.

(Fortsetzung der Personalien auf der sechsten Seite des Umschlags.)

Königreich Württemberg.

Ernannt: Reg.-Rat Rösler in Stuttgart zum Kollegialrat bei dem dortigen Medizinalkollegium.

In den Ruhestand getreten: Oberamtsarzt Dr. Teufel in Gaildorf unter Verleihung des Titel und Ranges eines Medizinalrats.

Grossherzogtum Baden.

Ernannt: Med.-Rat Dr. Klewe-Nebenius, Anstaltsarzt an der Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz, zum Direktor dieser Anstalt, Privatdozent Dr. Siebecke in Heidelberg zum außerordentlichen Professor.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: der Titel Professor: den Physikern Dr. Otto und Reuter sowie den Oberärzten Dr. Franke, Hahn, Plate und Ringel in Hamburg.

In den Ruhestand getreten: Med.-Rat Dr. Scherenberg, Amtsarzt in Jever.

31. Jahrg. Zeitschrift 1918.
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 20.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Okt.

Antifebrin als Fruchtabtreibungsmittel.

Von Dr. **Kurpjuweit**, Kreisarzt des Stadtkreises Danzig.

Fruchtabtreibungen werden durch innerlich wirkende oder durch mechanische Mittel[1]) hervorgerufen. Sehr selten tritt gleichzeitig die mechanische und innerliche Wirkung eines Fruchtabtreibungsmittels in die Erscheinung.

Innerliche Mittel haben gewöhnlich eine giftige Nebenwirkung. Das Gift veranlaßt außer seinen sonstigen Funktionsstörungen auch Kontraktionen der Gebärmutter und bewirkt so den Abort. In anderen Fällen wird durch das innerlich wirkende Mittel ein Absterben der Frucht und damit der Abort herbeigeführt.

Mechanische Mittel rufen entweder durch die Schädigung des Eis oder durch Reizung des Uterus den Abort hervor. Häufig angewandt werden neben anderen Methoden Einspritzungen von Flüssigkeiten in die Scheide oder in die Ge-

[1]) Hoffmanns Lehrbuch der gerichtlichen Medizin; herausgegeben von A. Kolisko; 1909, S. 220 ff.

bärmutter. Bekannt sind derartige Einspritzungen mit heißem Wasser, Seifenwasser, Holzessig u. a.

Ungewöhnlich war hier das zur Abtreibung benutzte Mittel und die Art seiner Anwendung. Es handelte sich um eine Fruchtabtreibung mit Antifebrin, das in Form von Einspritzungen in die Scheide beigebracht war. Neben der mechanischen Wirkung der Einspritzung kam noch besonders die innerliche, giftige Wirkung des Antifebrins zur Geltung und führte den Tod herbei.

Nach seinem chemischen Aufbau rechnet man das Antifebrin — Azetanilid — zu den Anilinen. Das Anilin gehört zu den sogenannten Blutgiften.[2]) Sie rufen nach Kobert mit oder ohne Auflösung der roten Blutkörperchen Methämoglobinbildung im Blut hervor oder verändern den Blutfarbstoff in eigenartiger Weise. Diese giftigen Nebenwirkungen des Antifebrins sind die Ursache gewesen, daß man es fast ganz als Fiebermittel aufgegeben und durch andere Mittel ersetzt hat.

Schon nach Gaben von 1 g Antifebrin hat man Vergiftungserscheinungen beobachtet. Es verursacht Methämoglobinämie, resp. Hämatinämie. Der ganze Körper oder das Gesicht, die Ohren, Lippen, Nägel, Schleimhäute werden blaugrau und kühl und können Stunden oder Tage in diesem Zustand verbleiben. Von sonstigen Symptomen können noch genannt werden: Kollaps mit und ohne Verlust des Bewußtseins, Schweiß, Mattigkeit, Nausea, Schüttelfrost, hochgradiges Fieber, Halluzinationen, Delirien, Manie, Zittern, Zuckungen, Tetanus, Zähneknirschen, Doppeltsehen, Mydriasis, Schwerhörigkeit, Exantheme (Levin[3]). Der Harn ist meist reich an Urobilin, aber frei von Zucker und Eiweiß. Im Harn kann Antifebrin durch gewisse Reaktionen festgestellt werden.

Der Nachweis des Antifebrins ist dem Gerichtschemiker auch hier gelungen. Dadurch war es, da ein Geständnis der Täter nicht vorlag, auch möglich beim Schwurgericht die Geschworenen von der Ausführung der Straftat zu überzeugen. Die näheren Vorgänge waren folgende:

Eine etwa 30 Jahre alte Frau, die drei lebende Kinder hatte, war wieder im dritten Monat schwanger. Der Ehemann versuchte vergeblieh verschiedene Mittel, Tropfen, Pulver, Pyramidontabletten zur Abtreibung. Von seiner Helfershelferin waren vorher ohne Erfolg heiße Senfbäder angewandt worden. Schließlich wurden, nach dem Geständnis der Verstorbenen, von dem Ehemann Einspritzungen mit einer Flüssigkeit gemacht, die angeblich ein scharfes Gift enthielt.

In einem Brief, den der Ehemann aus dem Gefängnis zu schmuggeln versuchte, beschuldigte er seine Anstifterin und Helferin, auch Einspritzungen gemacht zu haben. Nach den Einspritzungen trat der Abort ein.

---

[2]) Anm. 1, S. 721.
[3]) Zit. nach J. Gadamer: Lehrbuch der chemischen Toxikologie; 1909.

Am nächsten Tag war die Frau schwer krank. Das Gesicht zeigte auf der Stirn, um die Nase und um die Lippen herum schwarze Flecken, als wenn die Haut mit Teer angestrichen war. In diesem Zustand kam sie in die Hebammenlehranstalt zu Danzig. Nach den Beobachtungen der behandelnden Aerzte, Direktor Dr. Köstlin und Ober-Arzt Kilian, war das Gesicht blauschwarz verfärbt, auch auf der Brust zeigten sich schwarze Flecke. Es bestand richtiger Lufthunger; Puls 140, kaum fühlbar. T. 38,2 Grad. Die Gebärmutter war vergrößert, innen leer. Der Urin war sehr spärlich, dunkelbraun bis burgunderrot; seine Menge betrug 10 ccm. Die chemische und mikroskopische Untersuchung ergab reichlich Eiweiß, hyaline und granulierte Zylinder, vor allem ein amorphes braunes Sediment, sehr spärliche Hämoglobinzylinder und nur wenige rote Blutkörperchen.

Die beiden Aerzte nahmen eine schwere Zersetzung des Blutes an, die durch Vergiftung mit Kali chloricum, Arsenwasserstoff, Antifebrin oder andere blutzersetzende Gifte hervorgerufen war.

Die Kranke starb wenige Stunden nach der Einlieferung.

Bei der Leichenöffnung, die 9 Tage nach dem Tode stattfand, wurde folgender bemerkenswerter Befund erhoben:

Die Haut zeigte eine grüne Verfärbung, auch die Augäpfel waren grünlich verfärbt. Die Nieren schienen etwas vergrößert (13 : 7 : 3 cm); ihre Oberfläche war auffallend schwarzrot gefärbt und gekörnt. Rinden und Markschicht zeigten eine dunkelbraunrote Färbung. In der Rindenschicht zeigte sich deutliche Körnelung des Gewebes. Auf der Schnittfläche traten nur wenige Tropfen dunkelroten, flüssigen Bluts aus. Die Harnblase und Harnröhre erwiesen sich als leer und innen ohne Veränderungen. Die Gebärmutter war vergrößert, mannsfaustgroß. Masse in aufgeschnittenem Zustand 17 : 21 cm, Dicke der Wand 1 bis 3 cm. Die Gebärmutterhöhle war an der Innenfläche mit grauroten, leicht abstreifbaren Gewebsresten bedeckt und zeigte eine schmierige dunkelrote Färbung. Die Gebärmutterwände waren morsch, leicht eindrückbar. Verletzungen der Gebärmutter und Scheide konnten nicht festgestellt werden.

Die Leber war braunrot bis grünlichrot gefärbt, ihre Zeichnung nicht mehr deutlich erkennbar.

In beiden Brustfellsäcken fanden sich 400 ccm einer dunkelroten blutähnlichen Flüssigkeit. Der Herzbeutel enthält 20 ccm einer dunkelroten, blutähnlichen Flüssigkeit. Das Herz war auffallend schlaff. Es enthielt kein Blut. Die Rindensubstanz des Gehirns war blaßgrau. Die Marksubstanz weiß gefärbt. Blutpunkte traten auf der Schnittfläche nicht zu Tage.

Von den Leichenteilen wurden in der üblichen Weise Proben zur chemischen Untersuchung entnommen. In den Leichenteilen konnte der Gerichtschemiker Dr. Koch keine Metallgifte, insbesondere Kaliumchlorat, Arsen, flüchtige Gifte und pflanzliche Giftstoffe nachweisen. Dagegen ergab der alkoholische und wässrige Auszug aus der Harnröhre und Harnblase die Indophenol- und die Isonitrilreaktion. Diese Reaktionen weist, nach den Ausführungen des Chemikers, nie ein normaler Harn oder ein Auszug normaler Organe auf. Sie sind charakteristisch für Antifebrin oder ein diesem ähnliches Arzneimittel.

Nach diesen Feststellungen konnte man mit größter Wahrscheinlichkeit annehmen, daß die Abtreibung durch wiederholte Einspritzungen mit Antifebrin vorgenommen war.

Für die Richtigkeit dieser Annahme sprach auch der Umstand, daß der angeklagte Ehemann die ihm zugesprochene Zuchthausstrafe angetreten hat. Ein Versuch, ihn nach der Aburteilung zu einem Geständnis über die Art der Anwendung zu bringen, mißlang.

Nach den allgemein gültigen, eingangs erwähnten Anschauungen über mechanische und innerliche Fruchtabtreibungsmittel hätte vielleicht die Einspritzung allein schon genügt, die Fehlgeburt hervorzurufen. Dazu kam aber noch die Giftwirkung des Antifebrins, das wahrscheinlich durch die Gebärmutter absorbiert ist. Es trat eine Zersetzung des Blutes ein, die sich bei der Kranken durch die Schwarzfärbung des Gesichts, der Brust, den Lufthunger, das mäßige Fieber, die Nierenentzündung und die Veränderungen des Urins kundtat. An der Leiche war die grünliche Verfärbung der Haut, die Körnelung und braunrote Verfärbung der Nieren, die Blutleere der inneren Organe besonders auffallend. Allein entscheidend blieb der Nachweis des Antifebrins durch die chemische Untersuchung. Das Ergebnis der Untersuchung wäre noch wesentlich beweisender ausgefallen, wenn Harn oder Blut zur Untersuchung gelangt wären.

Allem Anschein nach haben wir es hier mit einem neuen Abortivum zu tun, das in Laienkreisen besser bekannt ist, wie in Aerztekreisen. Schon vor mehreren Jahren hatte ich Gelegenheit eine ähnliche Obduktion auszuführen. Damals äußerte ich bereits die Vermutung, daß eine Abtreibung mit einem bisher unbekannten Mittel vorlag; die chemische Untersuchung verlief aber negativ, Das gerichtliche Verfahren wurde eingestellt, da der Täter nicht zu ermitteln war.

Nutzung der Schutzpockenimpfung.

Mitteilung von Kreisarzt Dr. Kirchbach-Ragnit.

Als eklatanter Beweis für den Nutzen der Schutzpockenimpfung dürfte folgender Fall dienen:

Am 4. Juli 1918 stellte ich gelegentlich eines öffentlichen Impftermines in dem Grenzorte Sch. bei dem dort wohnhaften, 1 Jahr alten Kinde Ursula G. einen echten Pockenfall fest. Von der Familie waren 3 Personen bei Beginn des Krieges von den Russen verschleppt worden, während die übrigen 5 Familienmitglieder sich dem Verschlepptwerden noch hatten entziehen können. Am 11. Juni 1918 kehrten die 3 Verschleppten zu ihrer Familie zurück; sie müssen wohl das Pockenvirus aus Rußland mitgebracht haben, da im ganzen Kreise ein zweiter Fall bis jetzt nicht ermittelt werden konnte. Sie selbst erkrankten aber nicht, was sich aus dem Umstande erklärt, daß sie im Frieden die gesetzlichen Schutzimpfungen in Deutschland durchgemacht hatten und vor dem Ueberschreiten der Grenze auf der Quaran-

tänestation überdies noch einmal geimpft waren. Ferner blieben die übrigen Familienmitglieder, die gleichfalls des gesetzlichen Impfschutzes teilhaftig geworden waren, gesund bis auf das eine Kind Ursula, das im Jahre 1917 geboren, also noch nicht geimpft war.

Der Fall dürfte neben vielen anderen geeignet sein, den Segen der Schutzpockenimpfung zu erweisen und zur Bekehrung von Zweiflern zu dienen.

Die Krankenernährung in der Kriegszeit.

Von Med.-Rat Dr. Wengler, Kreisarzt in Groß-Gerau.

Wenn wir den offiziellen Plan der Krankenernährung betrachten, so fällt auf, daß immer nur von Zusatz die Rede ist. Der Kranke erhält die Ration für den Gesunden und dazu noch seinen Zusatz. Im allgemeinen verlangt aber erfahrungsgemäß der kranke Körper keine Vermehrung der Nahrungszufuhr, sondern eine Beschränkung derselben. Seine Nahrung muß nur eine besondere Beschaffenheit haben, z. B. verdaulicher sein als die Nahrung für den gesunden Körper. Nicht Zusatz ist erforderlich, sondern Ersatz.

Das Ideale wäre, wenn man dem Kranken die Möglichkeit verschaffte, nach Beratung mit seinem Arzt die rationierten Nahrungsmengen gegen entsprechende Quantitäten Nahrungsmittel anderer Art umzutauschen. Eine wenn auch noch so begrenzte Möglichkeit der freien Auswahl unter den vorhandenen Lebensmitteln eröffnet wenigstens auch für den Minderbemittelten die Aussicht auf befriedigende Lösung der schwierigen Frage der abwechselungsbedürftigen Ernährung bei chronischen Krankheiten (bei akuten Krankheiten, die ja nur kurze Zeit dauern, läßt sich die Ernährung auf die einfachste Weise mit Hilfe des Arztes regeln[1]). Die Verteilung der Nahrungszusätze nach dem subjektiven Ermessen Sachverständiger durch die Behörde fiele bei wenn auch begrenzter Freigabe der Nahrungsmittel in der Hauptsache weg. Es handelt sich dann nur noch um die durch den jeweiligen Vorrat gebotene Beschränkung ihrer Auswahl. Die öffentliche Verteilung von Vorzugsnahrung durch die Behörde käme insoweit in Betracht, als sie auf objektiven Grundlagen wie Säuglings- und Kindesalter, Schwangerschaft, Stillen usw. beruht. Im übrigen hat der Kranke (bezw. seine Angehörigen) bis zu einem gewissen Grade Freiheit, unter den jeweils vorhandenen Nahrungsmitteln auszuwählen. Für bestimmte Krankheiten, wie z. B. die Tuberkulose, käme unter Umständen die öffentliche Speisung in Frage aus Gründen, die ich in meinem Aufsatz „Die Bekämpfung der

---

[1]) Den schweren Diabetis rechnet man praktisch am besten zu den akuten Krankheiten.

Tuberkulose usw.“, Zeitschrift für Medizinalbeamte Heft 8, 1918 angedeutet habe.

Solche Anschauungen werden sich freilich, wenn überhaupt, nicht so bald verwirklichen lassen. Wenden wir uns dem gegenwärtig Gegebenen zu!

Welches System der Nahrungsverteilung auch immer gewählt wird, ist es das Naturgemäße, daß der Arzt in irgend einer Form das Hauptwort dabei mitzureden hat. So spielt er auch heutzutage bei Verteilung der Nahrungszusätze die Hauptrolle. Der Arzt ist nicht nur der Berater des Kranken in Ernährungsfragen, sondern er hat auch die Macht, ihm die nach seiner Meinung nötige Zusatznahrung zuzuteilen; er übernimmt damit eine schwere Verantwortung.

Für die Gesundheit des Volkes ist die möglichst ausreichende Durchschnittsration von der allergrößten Wichtigkeit. Das Verfahren der Gewährung von Zusätzen nach subjektivem Ermessen hat nur einen relativen Wert. Selbstverständlich müssen verschiedene Durchschnittsrationen für bestimmte Menschengruppen vorgesehen werden (Schwerarbeiter, Hochschwangere usw.). Ist die Durchschnittsration zu niedrig, so ist der Einzelne genötigt, zu hamstern oder sich sonst Zusätze auf irgendwelchem, oft recht unlauterem Wege zu verschaffen. Was wird aber dann aus den Existenzen, denen solche Aushilfsmittel in keiner Weise zu Verfügung stehen?

Auf die vom Staat einem jeden zugemessene Durchschnittsration hat die Aerzteschaft in ihrer Gesamtheit dadurch einen Einfluß, daß sie durch möglichste Sparsamkeit bei der Verschreibung von Zusätzen für Kranke ihre Erhöhung ermöglichen kann. Um dieses Ziel zu erreichen, ist vom einzelnen Arzt große Einsicht und Uneigennützigkeit zu verlangen. Er muß bei Beurteilung eines jeden Falles immer das Interesse der Allgemeinheit im Auge haben und darf auf irgendwelche Privatinteressen keine Rücksicht nehmen. Die in der Krankheit begründete moralische Schwäche des Kranken bringt es mit sich, daß er sich für seine Leiden durch alle möglichen, oft recht unverständigen und weitgehenden Nahrungswünsche zu entschädigen sucht. Da ist es Pflicht des Arztes, ihn mit Ernst und Milde zu belehren. Der Arzt muß seinen ganzen subjektiven Einfluß einsetzen, um den Kranken mit dem beschränkten Zusatz, auf den er nach den Bestimmungen der Behörde angewiesen ist, auszusöhnen. Ein vernünftiger ruhiger Zuspruch in dem angegebenen Sinne erfordert freilich viel mehr geistige Sammlung des Arztes als dazu gehört, dem Kranken alles, was er wünscht, wie nach Diktat aufzuschreiben und die Berichtigung der Prüfungsstelle zu überlassen, deren Spruch dann Aufregung und Mißstimmung beim Kranken hinterläßt, die, wenn der Arzt in geeigneter Weise eingewirkt hätte, vermieden worden wäre.

Vor allen Dingen ist es unbedingt nötig, daß der Arzt die von der Behörde gegebenen „Richtlinien über die Abgabe

von Zusatzkarten für Lebensmittel" genau kennt. Im allgemeinen gilt als Norm, daß Zusatzmittel nur zur Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit des Kranken gewährt werden können. Ist die künftige Wiederkehr der Arbeitsfähigkeit ausgeschlossen, so können Zusatzmittel gar nicht oder doch nur in sehr beschränktem Umfange gewährt werden, vielleicht nur der Zusatz, der in den „Richtlinien" für Schwächezustände im Greisenalter vorgesehen ist. In solchen undankbaren Fällen erwächst dem Arzt die schwere Pflicht, den Unglücklichen über seine Lage hinwegzutrösten. Es ist also unsere Aufgabe, die Lebensinvaliden auf die erträglich niedrigste Ration zu setzen. Nach einer anderen Richtung ist aber wiederum Freigebigkeit geboten, nämlich in Bezug auf die heranwachsende Jugend, vor allem auf die heranwachsende Jugend männlichen Geschlechts. Es liegt im Charakter des weiblichen Geschlechts, daß sich die Mädchen mit ihren zarten, eindrucksvollen Bewerbungen um Begünstigung irgendwelcher Art immer vordrängen; sie brauchen keinen Anwalt. Bei meinen ersten Versuchen mit der Schulspeisung tuberkulosegefährdeter Kinder wurden mir z. B. nur Mädchen vorgeführt. Für Badekuren armer Kinder aus öffentlichen Mitteln werden, seit ich denken kann, alljährlich fast ausnahmslos nur Mädchen vorgeschlagen usw.

Ich habe jetzt im allgemeinen den Satz aufgestellt: Bei den Vorgeschlagenen für irgendwelche Vorzugsmaßnahmen darf die Anzahl der Mädchen die der Knaben nicht übersteigen. Unter den vorgeschlagenen Mädchen bevorzuge ich dann die, nach ihrer Abstammung zu urteilen, für den Aufbau des Geschlechtes in Frage kommenden. Mit der unvernünftigen Begünstigung des weiblichen Geschlechtes muß man dem Zeitbedürfnis entsprechend energisch Schluß machen. Es droht ein erschreckendes Mißverhältnis zu ungunsten der Männer.

Nun noch ein paar Worte über die finanzielle Seite der Frage: Es ist unwürdig und ungerecht, daß auch der Arme und Minderbemittelte, wenn er eine ärztliche Bescheinigung für Nahrungszusatz braucht, jedesmal, sagen wir alle 4 Wochen, etwas dafür bezahlen muß. Für den Reichen spielt ja die Bezahlung keine Rolle; für den Minderbemittelten ist sie aber oft eine Lebensfrage. Es ist daher eine Forderung der Gerechtigkeit, daß die ärztliche Bescheinigung für Nahrungszusatz unentgeltlich ist und zwar für jeden, für den Reichen und für den Armen Die Entschädigung des Arztes für seine Mühewaltung hat der Staat oder die Kommunalverwaltung zu übernehmen; diese mag dann ihrerseits von zahlungsfähigen Personen eine Gebühr erheben.

Zum Schluß bitte ich diejenigen Kreisärzte, die gleich mir mit der Verteilung der Zusatznahrung befaßt sind, ihre Erfahrungen und Vorschläge in der angegebenen Richtung hier mitzuteilen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Schulgesundheitspflege.

Tuberkulöse Kinder. Von Stadtschularzt Dr. Thiele-Chemnitz. Der Schularzt; 1917, Nr. 6.

Unter Hervorhebung der Verdienste Kirchners, der unermüdlich nachdrücklich darauf aufmerksam macht, daß die Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter zu den wichtigsten Aufgaben gehört, und der in demselben Sinne von Gottstein erhobenen Forderungen betont Verfasser, daß es zu den vornehmlichen Pflichten des Schularztes gehört, gegen die Tuberkulose als die Krankheit des Kindesalters alles zu tun, was möglich ist.

Dr. Solbrig-Breslau.

Der Tuberkulose-Film im Dienste der Schulgesundheitspflege. Von Ferd. Kemsies. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1917, Nr. 9.

Auf der letzten Tagung der Schulhygieniker in Berlin wurde ein Film des Tuberkulose-Zentralkomitees vorgeführt, der hier näher beschrieben und als recht geeignet zu Vorführungen an Elternabenden oder in Jugendvorstellungen bezeichnet wird. Der Film wird unentgeltlich vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (Berlin, Linkstraße 29) ausgeliehen.

Dr. Solbrig-Breslau.

Lupusfürsorge im Schulalter. Von Dr. Axmann-Erfurt. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, der Schularzt; 1918, Nr. 5 und 6.

Da die Lupuserkrankungen in der überwiegenden Mehrzahl den Kinder- und meist den Schuljahren entstammen, so muß, wie Verfasser bemerkt, in diesen Jahren die Behandlung einsetzen, während dies aber für gewöhnlich erst nach der Schulentlassung geschieht. Außer allgemeinen stärkenden Maßnahmen kommt vor allem die Strahlenbehandlung (Röntgen- und Radiumstrahlen) und die allgemeine Lichtbehandlung in Frage. Es würden alsdann viel Arbeit und Kosten erspart werden, die die spätere Lupusbekämpfung verursachen.

Dr. Solbrig-Breslau.

Ueber Erholungsfürsorge. Von Stadtarzt Dr. Oxenius-Frankfurt a. M. Der Schularzt; 1917, Nr. 4.

Verfasser will bei der noch vielfach herrschenden Unklarheit über die Mittel und Wege, wie die Fürsorge für erholungbedürftige Kinder im schulpflichtigen Alter betrieben werden soll, Richtlinien aufstellen. Diese werden übersichtlich nach folgenden Gesichtspunkten geordnet: Zweck der Erholungsfürsorge, Beurteilung der Erholungsbedürftigkeit, Art der Erholung, praktische Ausübung der Fürsorge.

Der Raum verbietet es, die Gesichtspunkte hier näher zu kennzeichnen. Es kann aber nur empfohlen werden, daß sich diejenigen Aerzte, die bei dieser so wichtigen sozialen Arbeit sich praktisch betätigen, mit den Ausführungen des Verfassers bekannt machen.

Dr. Solbrig-Breslau.

Der Einfluß der Schulen auf die gewerbliche Kinderarbeit. Von G. Buetz-Dessau. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1917, Nr. 6.

Nachdem einige Zahlen über die erhebliche Beteiligung der Kinder in gewerblicher Tätigkeit mitgeteilt sind und auf die großen Gefahren, die für die Gesundheit daraus erwachsen, hingewiesen ist, betont die Verfasserin, wie wichtig es für die Schule ist, als Hüterin des Kindes vor gewerblicher Ausnutzung aufzutreten. Namentlich erscheint die Schulpflegerin geeignet, eine Kontrolle der gewerblichen Kinderarbeit vorzunehmen. Da nun die Kinderschutzbestimmungen, wie sie bei uns bestehen, nicht einheitlich in einem Gesetz zusammengefaßt sind, so unterzieht sich die Verfasserin der dankbaren Aufgabe, das wesentliche hieraus zusammenfassend zu besprechen. In Frage kommen die Gewerbeordnung, das Hausarbeitsgesetz, das Gesetz betreffend Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben, das Strafgesetzbuch und einige Ausführungsbestimmungen.

Man kann nur wünschen, daß dem Wunsche der Verfasserin, die Schule möge sich zu einem Kontrollorgan erster Ordnung über die gewerbliche Kindesarbeit auswachsen, Erfüllung zuteil würde. Dr. Solbrig-Breslau.

Schulärztliche Erfahrungen in den Kriegsjahren 1916—1917. Von Med.-Rat Dr. Haag-Heilbronn. Der Schularzt; 1917, Nr. 5.

An einem größeren Schülermaterial stellte Verfasser durch Vergleiche mit früheren Jahren fest, daß die Kriegskost für die Ernährung unserer heranwachsenden Jugend völlig genügt. Von einer merklichen Unterernährung kann bei den untersuchten Kindern (über 2500) nicht gesprochen werden.

Die Frage, ob Sommerzeit oder nicht, hat keine große Bedeutung vom schulhygienischen Standpunkt; ihre Einführung, die an sich vorteilhaft ist, kann ohne Schwierigkeit und Schaden auch für die Schuljugend geschehen.

Dr. Solbrig-Breslau.

Die Schulkinder während des Krieges und die Kriegsernäkrung 1916/18. Von Oberlehrer Sessler und Schularzt Dr. Homburger-Karlsruhe. Der Schularzt; 1917, Nr. 8 und 9.

Es wurden Wägungen an etwa 680 Schulkinder im Alter von 6 bis 14 Jahren vorgenommen, die allerdings nur eine zu kurze Spannzeit umfassen, um, wie die Verfasser selbst sagen, einwandsfreie Ergebnisse erzielen zu lassen. Dadurch aber, daß außerdem Kontrolluntersuchungen bei je einer Klasse von drei verschiedenen Schulgattungen vorgenommen wurde, konnten eine brauchbare Unterlage gewonnen werden für die Beurteilung überhaupt. Im ganzen hatten 91—94 Proz. der Schulkinder bei einem Ungleich des Anfangs- und Endgewichts während des Winters 1916/17 an Gewicht zugenommen. Die durchschnittliche Zunahme betrug bei den verschiedenen Schulgattungen (Mädchen-, Töchter-, Bürgerschule) zwischen 1000 und 1600 g. Dies günstige Ergebnis deckt sich mit den Beobachtungen anderer Autoren. Jedenfalls hat nach den Untersuchungen der beiden Verfasser ein nachteiliger Einfluß der Kriegsernährung auf die Schulkinder nicht festgestellt werden können. Gewisse unerfreuliche Erscheinungen der Zerstreutheit, Abnahme des Denkvermögens bei manchen Schulkindern haben ihre Ursache in den veränderten häuslichen Verhältnissen, auch wohl in der Einführung der Sommerzeit. Dr. Solbrig-Breslau.

Schulhygiene und Kriegskinder. Von Helene Friderike Stelzner. Halbmonatschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 25. Jahrgang, 1917, Nr. 24 und 25.

Mit Recht wird darauf hingewiesen, daß auch die durch den Menschen dargestellte, lebendige Kraft besonders jetzt gestreckt werden müsse; dazu gehört die sorgfältige Auswahl der Einzelnen für den künftigen Beruf. Ein wichtiges Arbeitsfeld für den Schularzt als Berater in hygienischer Richtung. Nach dem Kriege würden noch lange die körperlichen Leistungen im Vordergrunde stehen, während die Preise für geistige Arbeit zurückbleiben.

Es sei falsch, die Scheidung in höhere Schule und Volksschule zu früh zu beginnen; es müsse vielmehr ein Grundstock des schulmäßigen Aufbaues vorhanden sein. Wenn man jetzt in Berlin sogenannte Vorzugsschüler kenne, d. h. Schüler, die in höheren Schulen übernommen würden, so müßten logischerweise auch Schüler höherer Anstalten, sobald sie den Forderungen nicht entsprächen, zwangsweise an die Volksschule abgegeben werden können.

Das Hauptaugenmerk des Arztes müsse sich darauf richten, wie der Körper auf die verstandesmäßigen Anstrengungen des Schullebens antworte; deshalb seien auch die Untersuchungen an den höheren Schulen besonders nötig. Die Intelligenzprüfungen müßten für die Geschlechter verschieden eingerichtet seien; Mangel an Fleiß spiele bei der Beurteilung nur eine geringe Rolle, da die Faulheit bei einem gesunden Kinde schon als etwas abnormes anzusehen sei (? Ref.). Auch die manuelle Geschicklichkeit müsse der Arzt beurteilen können, damit bei gewissen Veranlagungen eine Reihe von Berufen mit Entschiedenheit ausgeschlossen werden könne. Der Uebung im Gartenbau wird sehr das Wort geredet.

Befreiung von Unterrichtsfächern dürfe nicht vom Hausarzt, sondern vom Schularzt abhängen, der erforderlichenfalls einen Spezialarzt befragen

müsse. Schularzt im Hauptamt sei das erstrebenswerte Ziel. Die Jugend müsse gesund und kräftig erhalten werden; Kräfte vergeuden, wie es z. B. durch falsche Berufswahl geschieht, müsse vermieden werden.

Dr. Hoffmann-Berlin.

2. Eisenbahnhygiene.

Psychotechnische Untersuchungen sächsischer Eisenbahnbediensteter. Von Ober-Med.-Rat Dr. Gilbert-Dresden. Zeitschr. für Bahnärzte; 1918, Nr. 5.

Die Sächs. Eisenbahnverwaltung unterzieht jetzt erstmalig die Anwärter des Lokomotiv- und des Zugabfertigungsdienstes, also der für die Sicherheit des Betriebes wichtigsten Beamtengruppen im Dresdener Prüflaboratorium psychotechnischen Prüfungen, die einen Aufschluß über Auffassungsfähigkeit, Gedächtniskraft, Schnelligkeit der Entschließung, zielbewußtes Handeln gegenüber unvorhergesehenen Ereignissen, Sicherheit der Beurteilung von zeitlichen und räumlichen Verhältnissen und Eindrücken, Ausdauer und dergl. geben und benutzt die dabei gewonnenen Ergebnisse zur Auswahl der Geeigneten und Tüchtigen und zur Ausscheidung der Ungeeigneten und Untüchtigen unter den Bewerbern. Dr. Wolf-Hanau,

Uebermüdung und Verantwortung des Lokomotivführers. Von Dr. W. Sternberg. Berlin. Zentralbl. für Gewerbehygiene; 1918, Nr. 6.

Im vorliegenden Fall handelt es sich um eine hochgradige Erschöpfung aus verschiedenen Gründen. 1. Die objektiv nachweisbare Unterernährung läßt jede Erschöpfung und Ermüdung viel eher eintreten. 2. Der Nebel erschwert an sich unstreitig jede Beobachtung und sinnliche Wahrnehmung, so daß die Erschöpfung viel früher und nachhaltiger eintreten mußte. 3. Der Schreck, den H. durch den ersten Unfall auf der Schiebebühne hatte, hat vermutlich zur Folge das, was „Schreckwirkung“ fachmännisch genannt wird. In diesem Fall war die erste Schreckwirkung so groß, daß Zittern und Schmerzen eintraten, so daß eine spätere Nachwirkung von vornherein sehr wahrscheinlich ist. Sein nervöser und geistiger Apparat war aus der Balance gebracht, so daß die Erschöpfung auch dadurch viel früher und nachhaltiger eintreten mußte. 4. Nach allen Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft überschreitet eine Dienstzeit von 16 Stunden ganz außerordentlich das normale Maß der für den Dienst unbedingt erforderlichen Kräfte, sowohl der Körper-, wie der Geisteskräfte. Dr. Wolf-Hanau.

Eine Signalordnung ohne grünes Licht. Von Reg.-Baumeister Dr. Martens-Thorn. Zeitschr. f. Bahnärzte; 1917, Nr. 8.

Der Verfasser weist nach, daß eine Signalordnung ohne grünes Licht wohl möglich ist und den Anforderungen der Praxis zu entsprechen vermag; auf diese Weise würde die Rotgrünblindheit vieler Beamten nicht ein Hinderungsgrund der Verwendbarkeit darstellen. Dr. Wolf-Hanau.

Besprechungen.

Weyls Handbuch der Hygiene. Zweite Auflage. Herausgegeben von Geheimrat Prof. Dr. **Gärtner** in Jena. Leipzig 1917 und 1918. Verlag von J. A. Barth. Gr. 8°.

Von dem großen Sammelwerk sind inzwischen wieder eine Anzahl Lieferungen (24—29) erschienen, und zwar:

Lief. 24: Dr. Ing. Prof **K. Hartmann,** Senatspräsident im Reichsversicherungsamt und Geh. Reg.-Rat in Berlin: **Allgemeine Unfallverhütung in gewerblichen Betrieben.** Mit 430 Abbildungen im Text. VII. Bd., 4. Abt., 245 S. Preis: 8,20 M. Einzelpreis: 10,20 M. und 20% Teuerungszuschlag.

Lief. 25: Prof. Dr. **E. Hübener**-Berlin: **Allgemeine Epidemiologie und Immunität.** Mit 43 Abbildungen im Text. VIII. Bd., 1. Abt., 280 Seiten. Preis: 11,20 M. Einzelpreis: 14 M. und 20% Teuerungszuschlag.

Lief. 26: Dr. ing. **F. Ruppel,** Baurat in Hamburg: **Das allgemeine Krankenhaus der Neuzeit;** seine Planung, Ausführung und Errichtung nach hygienisch-technischen Grundsätzen. V. Bd., 2. Abt. Mit 244 Abbildungen im

Text, 286 S. Preis: 16 M., Einzelpreis: 20 M., geb. 22 Mark und 20 % Teuerungszuschlag.

Lief. 27: Dr. **A. Gottstein**, Stadtrat in Charlottenburg: **Volksspeisung, Schulkinderspeisung, Notstandspeisung, Massenspeisung.** Mit 12 Abbildungen im Text.

Dr. **B. Schreber**, Kreisarzt in Berlin: **Obdachlosenasyle, Herbergen, Schlafhäuser, Ledigenheime, Volksküchen und Wärmehallen.** Mit 62 Abbildungen im Text.

Prof. Dr. **A. Grotjahn: Soziale Hygiene, Geburtenrückgang und das Problem der körperlichen Entartung.** Mit 73 Abbildungen im Text.

Ergänzungsband. 64, 97 und 61 Seiten, zus. 222 Seiten. Preis: 11,20 M., Einzelpreis: 14 M. und 20 % Teuerungszuschlag.

Lief. 28: Dr. **W. Krebs**, Oberstabsarzt in Aachen: **Die Hygiene des Badens. R. Schultze**, Baurat in Bonn: **Das deutsche Badewesen der Gegenwart.** Mit 114 Abbildungen im Text.

V. Bd., 3. Abt., 16 und 242 S., zus. 258 S. Preis: 7 M., Einzelpreis: 8,75 M. und 20 % Teuerungszuschlag.

Lief. 29: J. Szalla, Magistratsbaurat in Berlin: **Straßenhygiene ausschließlich Beseitigung des Hausmülls.** Mit 25 Abbildungen im Text.

Prof. Dr. **W. Silberschmidt**-Zürich: **Müll (mit Hauskehricht).** Mit 87 Abbildungen im Text.

Prof. Dr. **M. Hoffmann**-Berlin: **Abfuhrsystem und Verwertung der Latrinen in nicht kanalisierten Städten.** Mit 14 Abbildungen im Text.

VI. Bd., 4. Abt., 38, 142 und 38 S., zus. 218 S. Preis: 12,80 M., Einzelpreis: 16 M.

Es würde zu weit führen, auf den Inhalt jeder einzelnen Lieferung näher einzugehen. Sie zeichnen sich sämtlich durch eine klare, sachgemäße und erschöpfende Darstellung aus und sind auch von der Verlagsbuchhandlung gut und sehr reich mit Abbildungen ausgestattet, was gerade jetzt besondere Anerkennung verdient. Rpd.

Stabsarzt d. Res. Dr. R. Fassbender, z. Zt. Chefarzt des Res.-Lazaretts Remagen a. Rh.: **Einfache mediko-mechanische Apparate zur Selbstherstellung für Lazarette, Krankenhäuser und Landpraxis.** Zweite verbesserte Auflage der Schrift: Die orthopädische Uebungshalle des Reserve-Lazaretts Remagen a. Rh. Mit 56 Abbildungen im Text und auf einer Tafel. Bonn, A. Markus und E. Webers Verlag. 56 Seiten.

Aus einfachen Materialien und alten Geräten, z. B. Fahrrädern, Kinderwagenrädern und dergl. lassen sich orthopädische Apparate in so vollkommener Ausführung und solcher Mannigfaltigkeit herstellen, daß sie für den Bedarf eines kleinen orthopädischen Lazaretts vollkommen genügen. Sie werden im einzelnen nach Anwendung und Herstellungsart unter Berechnung der geringen Kosten so genau beschrieben, daß sie leicht nachgemacht werden können. Wirkungsweise und Zweck des Apparats sind genau angegeben und an instinktiven Abbildungen wird ihr Gebrauch erläutert. Das Schriftchen kann als Ratgeber für ähnliche Einrichtungen warm empfohlen werden.

Dr. Rehberg-Pyritz i. P.

Tagesnachrichten.

Infolge der jetzt eingetretenen **Parlamentarisierung der Reichsregierung** sind 6 Mitglieder des Reichstages zu Staatssekretären ernannt, darunter 4 ohne bestimmten Geschäftskreis: die Abgg. Groeber, Erzberger, Hausmann u. Scheidemann, während dem Abg. Geh. Justizrat Trimborn das Reichsamt des Innern an Stelle des zurückgetretenen Staatssekretärs Wallraf übertragen ist und dem Abg. Bauer das durch Kaiserl. Erlaß vom 4. d. M. neu errichtete Reichsarbeitsamt, dem die bisher zum Geschäftskreis des Reichswirtschaftsamts gehörenden sozialpolitischen Angelegenheiten überwiesen sind. An Stelle des zurückgetretenen Reichskanzlers Dr. Graf v. Hertling ist Prinz Max von Baden zum Reichskanzler ernannt.

Einmalige Kriegsteuerungszulage für Beamte. Nach dem Erlaß des preuß. Finanzministers vom 2. September 1918 ist allen planmäßig angestellten und allen ständig gegen Entgelt beschäftigten — außerplanmäßigen — Beamten nach dem Stande vom 1. September 1918 mit einem Diensteinkommen bis zu 20000 M. einschl. sofort eine außerordentliche einmalige Kriegsteuerungszulage zu zahlen. Die wie folgt berechnet wird: Für kinderlos Verheiratete tritt zu einem Grundgehalt von 250 M. der volle Betrag des monatlichen Gehalts — einschl. ruhegehaltsfähiger Zulagen, jedoch ohne Wohnungsgeldzuschuß — hinzu. Bei den außerplanmäßigen Beamten werden jedoch wegen des Fehlens eines besonderen Wohnungsgeldzuschusses 30 M. von der monatlichen reinen Dienstvergütung in Abzug gebracht; mindestens werden jedoch 500 M., höchstens 1000 M. gezahlt. Dazu kommt dann für Verheiratete mit Kindern eine Zulage von 10% für jedes zu berücksichtigende Kind. Unverheiratete erhalten 70% der für kinderlos Verheiratete geltenden Zulage, also mindestens 350, höchstens 700 M. Die Beträge sind auf volle Mark nach oben abzurunden. Pensionierte Beamte und deren Hinterbliebene, die Ruhegehalt oder Hinterbliebenenbezüge auf Grund der Gesetze beziehen, erhalten eine außerordentliche einmalige Kriegsbeihilfe von 50—100% desjenigen Betrages, der an einmaliger Kriegsteuerungszulage dem Beamten zustehen würde, wenn er noch im Dienst wäre; es bedarf dazu aber ebenso wie bei der sonstigen Pensionszulage eines Nachweises des Bedürfnisses. Vollwaisen bis zu 18 Jahren erhalten 50—100% der für das Kind des entsprechenden aktiven Beamten zuständigen einmaligen Kriegsteuerungszulage.

Die **Bayerischen Aerztekammern** sind auf Dienstag, den 5. November d. J., zu einer Sitzung einberufen.

Die im Kaiserlichen Gesundheitsamt bearbeitete **Druckschrift über die Rattenvertilgung** ist soeben in einer dritten durchgesehenen Ausgabe im Verlag von J. Springer, Berlin W. 9, erschienen. Sie enthält eine gemeinverständliche Belehrung über bewährte Verfahren zur Tötung und Vertreibung der Ratten, die besonders wertvoll und willkommen sein dürfte. Der Preis für das Einzelstück der Schrift beträgt 40 Pfg., bei Abnahme größerer Mengen ist er geringer.

Mitteilung für die Medizinalbeamten.

Infolge der außerordentlichen Steigerung der Herstellungskosten wird der **Kalender für Medizinalbeamte für 1919** nicht zur Ausgabe gelangen.

Der Herausgeber
Prof. Dr. Rapmund,
Geh. Med.-Rat.

Die Verlagsbuchhandlung
Fischer's med. Buchhandlung
H. Kornfeld.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

31. Jahrgang; Nr. 21. Ausgegeben am 5. November 1918.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Eberswalde (Mark).

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 21 am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Wirkl. Geh. Rat mit dem Prädikat Exzellenz: dem ordentl. Prof. Dr. Schmiedeberg in Straßburg i. Els.; — als Geheimer San.-Rat: dem Prof. Dr. Max Laehr in Zehlendorf bei Berlin; als San.-Rat: den Abteilungs- bezw. Oberärzten an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt, Dr. Borchers und Dr. Schmidt in Hildesheim, Dr. Lehmann in Lublinitz, Dr. Wende in

(Fortsetzung der Personalien auf der fünften und letzten Seite des Umschlags.)

31. Jahrg. **Zeitschrift** 1918.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 21.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Nov.

Eignet sich die Hebamme zur Säuglingsfürsorgerin?

Von Reg.- und Med.-Rat Dr. **Hoche**-Osnabrück.

In Nr. 17 dieser Zeitschrift ist ein Referat abgedruckt, welches Herr Hofrat Dr. Dörfler-Weißenburg bei der letzten Tagung der Vereinigung zur Förderung des Deutschen Hebammenwesens gehalten hat. Das Referat ist seitens der Vereinigung als Beilage einer Eingabe beigefügt, die dem Preußischen Abgeordnetenhause mit Vorschlägen zu dem Entwurf eines Gesetzes, betreffend das Hebammenwesen, vom 18. April 1918 unter dem 6. Juni d. J. eingereicht ist. Der Zweck der Eingabe ist die gesetzliche Uebertragung der Säuglingsfürsorge an die Hebammen durch Aenderung des Gesetzentwurfes. Angegeben ist in derselben, daß aus dem Referat „mit Klarheit zu ersehen ist, daß die Hebamme die billigste, aber auch die beste Säuglingsfürsorgerin ist“.

Das Referat, das übrigens in dem für das Abgeordnetenhaus bestimmten Sonderabdruck von der jetzt veröffentlichten Fassung recht erhebliche Abweichungen aufweist, hat durch seine Bestimmung eine Wichtigkeit erlangt, die es angebracht erscheinen läßt, sich sowohl mit ihm, als auch mit

seiner Verwertung in der Eingabe der Vereinigung an dieser Stelle etwas genauer zu befassen.

Das Referat enthält zunächst eine tabellarische Uebersicht über die in dem Bezirksamt Weißenburg in den Jahren 1899 bis 1908 im ersten Lebensjahre verstorbenen Säuglinge, eine Uebersicht, die zum Teil geradezu furchtbare Zahlen bietet. Die Säuglingssterblichkeit betrug in der Kundschaft keiner Hebamme unter 20,2 %, im Durchschnitt 32,5 %, bei 6 von 20 Hebammen mehr als dieser Durchschnitt, davon bei je einer 41,0 %, 60,2 % und 70,3 %. Eine Erklärung für diese das Maß jeder mir bekannten Statistik übersteigenden mörderischen Zahlen wird nicht gegeben. Insbesondere wird die Frage, wie weit Hebammen sie durch Vernachlässigung ihrer Berufspflichten verschuldet haben, zu denen doch auch das Anhalten der Mütter zum Stillen der Kinder zählt, auch wenn die Hebammen nicht als Säuglingspflegerinnen besonders angestellt sind, nicht erörtert, und erklärlicherweise auch die Frage nicht, ob nicht vielleicht die Art der Beaufsichtigung der Hebammen in den bezeichneten Jahren an einem organisatorischen Mangel gelitten hat, der einen so schreienden Mißstand hat hochkommen lassen. Für die Beurteilung des Wertes der später eingerichteten Säuglingsfürsorge wäre die Klärung dieser Fragen doch von großer Wichtigkeit gewesen.

Mit den gleichen Hebammen als Fürsorgerinnen ist nun im Jahre 1909 beginnend, mit dem Jahre 1912 allgemein durchgeführt in dem Bezirksamt Weißenburg Säuglingsfürsorge eingeführt. Herr Dr. Dörfler hat, wie er angibt, in einem 1912 gehaltenen Vortrage von 25 Hebammen 8 als hierzu vorzüglich geeignet, 12 als gut, 2 als mittelmäßig und 3 als absolut ungeeignet bezeichnet. Wie sich diese Werteinteilung mit der Säuglingssterblichkeit von 20 - 70 % verträgt, klärt er nicht auf.

Seit der Einrichtung der Säuglingsfürsorge durch die Hebammen ist nun die Säuglingssterblichkeit zurückgegangen auf 17,2 %. Wie früher, ist sie in den einzelnen Hebammenbezirken sehr verschieden. 2 Bezirken mit einer Sterblichkeit von weniger als 10 % stehen 6 Bezirke mit mehr als 20 % gegenüber. Von den beiden günstigsten Bezirken hat der eine eine Sterblichkeit von nur 3,6 %. In diesem wohlhabenden Bezirke praktizieren 2 Hebammen, Mutter und Tochter, die in 6 Jahren zusammen 82 Entbindungen geleitet haben, jede Hebamme durchschnittlich also jährlich noch nicht einmal 7 Entbindungen. Dieser Bezirk und seine Hebammen werden von Herrn Dr. D. in überschwänglicher Weise hervorgehoben, obwohl hier so abnorm günstige Verhältnisse vorlagen, wie sie sonst wohl nur in Großstädten bei einer Hebamme der Praxis aurea vorkommen, und obwohl diese Zahlen viel zu klein sind, um überhaupt statistisch verwertet werden zu können. Viel wichtiger ist meines Erachtens das Ergebnis im Bezirk 2, wo eine Hebamme bei fast 50 Entbindungen jährlich einen Rückgang der Säuglingssterblichkeit von 24,3 % auf 9,5 % erzielte. Jedenfalls geht

er viel zu weit, in einem eine ganze Seite dieser Zeitschrift füllenden Lobgesang die 3,6 % als „dieses klassische Beispiel eines total gelungenen Säuglingsfürsorgeexempels“ zu preisen.

Keine Erklärung wird dafür gegeben, daß die 1912 bis 1914 16 % betragende Säuglingssterblichkeit von 1915 bis 1917 20 % betragen hat. Eine Aeußerung hierüber wäre wichtig und interessant gewesen, zumal bei dem auch im Bezirksamt Weißenburg sehr erheblichen Geburtenrückgang. Die Frage, ob die Ergebnisse der Hebammen-Säuglingsfürsorge „andauernd gut, wie früher“ sind, wird nicht beantwortet.

Herr Dr. D. vergleicht nun die Sterblichkeit in den Jahren 1899—1908 mit derjenigen in den Jahren 1912—1917 und zieht daraus den Schluß, daß die Ergebnisse der Säuglingsfürsorge durch die Hebammen „recht befriedigende“ seien und daß keine der Hebammen, — also auch nicht diejenigen, in deren Kundschaft mehr als 20 % Säuglingstodesfälle vorgekommen sind, — ganz ungeeignet für die Säuglingsfürsorge seien. Vergleichen wir aber einmal mit dem Ergebnis im Bezirksamt W. das von Herrn Dr. D. angegebene in der Stadt W. ermittelte. Hier war früher eine Säuglingssterblichkeit von 29 %. Der Einrichtung einer Fürsorgestelle, an der eine nicht ausgebildete Fürsorgeschwester mit freiwilligen Helferinnen tätig ist, so daß die Säuglinge in vierzehntägigen Zwischenräumen revidiert werden, ferner ärztlichen Beratungsstunden und schließlich „in erster Linie“ der Schaffung einer Milchküche ist der Erfolg zu verdanken, daß die Sterblichkeit von 1906—1917 auf 7 % zurückgegangen ist. Diese hohe Bewertung der Erfolge der Milchküche widerspricht der großen Wertschätzung, die Herr Dr. D. sonst der Muttermilch entgegenbringt. In dem dem Landtage eingereichten Abdrucke des Referates fehlt sie. Ich kann mich des Gefühls nicht erwehren, daß ihr Hervorheben den ungünstigen Eindruck verwischen soll, der sich jedem Leser des Referates bei der Nebeneinanderstellung der Prozentzahlen aus Stadt und Bezirksamt W. aufdrängen muß.

Interessant ist die Mitteilung, daß die Säuglinge in W. von der Schwester oder den Helferinnen alle 14 Tage aufgesucht werden. Sie verträgt sich nämlich schlecht damit, daß Herr Dr. D. an anderer Stelle der „ständigen Ueberwachung durch die Hebammen“ einen „im Jahre einmal oder höchstens zweimal sich wiederholenden Besuch auch der besten Berufssäuglingsfürsorgerin“ entgegenstellt. Sind ihm vielleicht Stellen bekannt, wo eine so minderwertige Regelung der Säuglingsfürsorge besteht oder beabsichtigt ist? Wenn nicht, muß dieser Vergleich als tendenziöse Uebertreibung zurückgewiesen werden.

Wie gesagt, vergleicht Herr Dr. Dörfler nur die Ergebnisse der von ihm eingerichteten Fürsorge mit den früheren Zuständen in seinem Bezirke. Für die Frage, ob die Tätigkeit der Hebammen sich im Bezirk Weißenburg bewährt hat, erscheint es mir aber doch richtiger, andere Statistiken als Vergleichsgegenstand heranzuziehen. Vor mir liegt eine allerdings

nicht ganz vollständige Uebersicht aus dem Reg.-Bez. Osnabrück, die für andere Zwecke von den Kreisärzten aufgestellt ist. Sie umfaßt die Jahre 1911—1917, also 7 Jahre einschließlich des überall sehr ungünstigen Hitzejahres 1911 und der Kriegsjahre 1914—1917. Trotzdem hat die Säuglingssterblichkeit nur 11,13 % betragen, sogar in dem Kreise Hümmling, der bekanntlich in bezug auf die allgemeine Lebenshaltung im Königr. Preußen mit am tiefsten, in bezug auf das Vorkommen von Tuberkulose aber am höchsten steht, nur 13,24 %. Säuglingsfürsorge ist nur in der Stadt Osnabrück in ähnlicher Weise eingerichtet, wie in der Stadt Weißenburg; die ländlichen Kreise ermangeln einer solchen noch vollkommen, sie ist erst jetzt in Entwicklung begriffen. Die einzige Säuglingsfürsorge war diejenige, die die Hebammen auf Grund ihrer durch das Hebammenlehrbuch festgesetzten Pflicht der Anhaltung der Wöchnerinnen zum Stillen der Kinder ausübten, und doch nur 11,13 % Säuglingssterblichkeit im Reg.-Bez. Osnabrück, 13,24 % im Kreise Hümmling gegen 17,2 % im Bezirksamt Weißenburg mit seiner Fürsorge durch die Hebammen. Im Königreich Preußen, wo doch nur erst in ganz kleinen Gebieten eine Säuglingsfürsorge bestand, hat die Säuglingssterblichkeit betragen 1912: 14,6 %, 1913: 15 % und 1914: 16,4 %, insgesamt also 15,3 % gegen 16,1 % im Bezirksamt Weißenburg. Ich glaube, einem unparteiischen Beobachter wird angesichts dieser Zahlen doch sehr zweifelhaft sein, ob die Hebammen des Bezirksamts Weißenburg sich nicht entsprechend ihren früheren Erfolgen im Berufe großenteils als unfähig erwiesen haben, mit Erfolg in der Säuglingsfürsorge tätig zu sein.

Ganz anders lautet allerdings das Urteil, das die Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens über sie fällt. Sie legt das Referat dem Landtag vor „mit der Bitte um Durchsicht, aus der mit Klarheit zu ersehen ist, daß die Hebamme die billigste, aber auch die beste Säuglingsfürsorgerin ist.“ Daß sie nicht die beste ist, beweist das Referat, wie gezeigt, schlagend; daß sie nicht die billigste ist, ergibt die Eingabe der Vereinigung. Im Bezirksamt Weißenburg erhält jede Hebamme für die Säuglingsfürsorge jährlich 30—60 M., dazu bei guten Leistungen 10—30 M. Prämien. Rechnen wir bei der offenbar äußerst milden Beurteilung der Leistungen damit, daß alle Hebammen diese Prämie erhalten haben, so ergibt das eine durchschnittliche Ausgabe von 65 Mark, jährlich also insgesamt 1300 Mark. Allerdings sehr billig! Die Vereinigung verlangt aber für die Säuglingsbeobachtung je 10 Mark, das sind bei 3368 in 6 Jahren geborenen Kindern 33680 Mark, jährlich also mehr als 5613 Mark, in den drei Friedensjahren 1912—1914 sogar mehr als 7200 Mark. Rechnet man dazu noch die Ausgaben, die durch die verlangten, den minderbeschäftigten Hebammen zu zahlenden Gewährssummen entstehen, so glaube ich nicht, daß die Säuglingsfürsorge durch die Hebammen in einem Kreise von der Größe und Bevölkerungszahl des Bezirksamts

Weißenburg unter einem Aufwand von 8000—9000 Mark zu haben ist, also mindestens den 6 fachen Betrag der dort bisher aufgewandten Summe erreicht. Für diesen Betrag können drei vollamtliche Fürsorgerinnen angestellt werden, die neben den ebenso häufig erfolgenden Besuchen, wie für die Hebammenfürsorgerinnen vorgesehen ist, sich noch ausgiebig auf anderen Fürsorgegebieten betätigen können.

Soweit das Dörflersche Referat und die Eingabe der Vereinigung. Ist es aber überhaupt wünschenswert, daß die Säuglingsfürsorge in die Hände der Hebammen gelegt wird, wie die Vereinigung beantragt? Es ist dies eine Frage, über die die Meinungen durchaus geteilt sind. Auf der einen Seite stehen die Leiter der Hebammenlehranstalten, die in der „Vereinigung" zusammengeschlossen sind, der wohl nur verhältnismäßig wenige andere Mitglieder angehören werden. Auf der anderen Seite aber steht meines Erachtens der größte Teil der Medizinalbeamten und auch der Landräte.[1]) Den Medizinalbeamten aber traue ich über diese Frage ein besseres Urteil zu, als den Hebammenlehrern. Diese beschweren sich immer darüber, daß ihnen so viele minderwertige Schülerinnen zugewiesen werden. Daß diese minderwertigen Schülerinnen auch nachher in der Praxis des Hebammenberufes sich nicht als wertvoll erweisen, erfährt nicht der Hebammenlehrer, sondern der Kreisarzt. Daß ein großer Teil der Hebammen in Stadt und Land seine Pflichten, besonders was die Wochenbesuche betrifft, nur in der allernotdürftigsten Weise erfüllt, weiß jeder Medizinalbeamte, der es einmal unternimmt, Hebammentagebücher daraufhin durchzuarbeiten, wie die angeschriebenen Entbindungen und Wochenbesuche mit der doch nun einmal in Rechnung zu ziehenden Dauer des Tages übereinstimmen. Daß bei der Vermehrung der Besuche die Zuverlässigkeit der bisherigen Hebammen zunehmen wird, ist wohl kaum zu erwarten; es wird m. E. auch durch die Dörflersche Statistik nicht bewiesen.

Nun strebt die Vereinigung nach wirtschaftlicher und sozialer Besserstellung der Hebammen durch Erweiterung ihres Tätigkeitskreises, die einerseits durch Vergrößerung der Hebammenbezirke, anderseits durch die Uebertragung der Säuglingsfürsorge erzieltt werden soll. Daß diese Uebertragung an alle jetzt praktizierenden Hebammen nicht möglich ist wegen der Unbrauchbarkeit' vieler derselben, erscheint mir klar zu sein. Es würde also einem Teile der Hebammen die Fürsorge in anderen Hebammenbezirken übertragen werden müssen. Von besonderen Fürsorgerinnen befürchtet die Vereinigung Eingriffe in die Tätigkeit der Hebammen; von fürsorgenden Nachbarhebammen dürften viel schwerere Eingriffe zu erwarten sein.

---

[1]) Nach Ansicht des Herausgebers wünschen im Gegenteil die meisten Medizinalbeamten und Landräte, daß die Säuglingsfürsorge in die Hände der Hebammen gelegt wird.

Dazu kommt noch ein anderes: Unsere Landhebammen sind fast durchgängig verheiratete Frauen, und das Vertrauen, das sie, wie so oft betont wird, bei der Bevölkerung genießen, beruht nicht zum geringsten Teile eben darauf. Wird die von ihnen zu bewältigende Arbeitsmenge durch Zuweisung der Fürsorge erheblich erhöht, so verträgt sich der Hebammenberuf nicht mehr mit der Tätigkeit als Hausfrau und Mutter. Es müßte dann die Ehelosigkeit der Hebammen vorgeschrieben werden. Woher will dann die Vereinigung Hebammenschülerinnen für das Land nehmen? Vom Lande selbst bekommt sie sie nicht.

Von einem großen Teile der Hebammen wird auch durchaus anerkannt, daß die von der Vereinigung angestrebte Veränderung ihrer Stellung nicht dem Interesse der Hebammen entspricht. Sie wünschen mit Recht wirtschaftliche Besserstellung, aber nicht eine grundsätzliche Aenderung ihres ganzen Standes, wie diese die Folge eines Durchdringens der Vorschläge der Vereinigung sein soll. Die wirtschaftliche Besserstellung gewährt der Entwurf eines Hebammengesetzes den Hebammen, die nebenbei Hausfrauen und Mütter sind, in durchaus genügender Weise. Wirtschaftliche Schwäche der Hebammen beruht übrigens in sehr vielen Fällen nicht darauf, daß ihnen nicht eine genügende Entlohnung für ihre Tätigkeit zusteht, sondern, daß sie diese nach altem Gebrauch nicht zu fordern wagen. Auch hierin wird das Gesetz Abhilfe schaffen.

Für sehr bedenklich halte ich es, daß die Frage der Säuglingsfürsorge gerade in der jetzigen Zeit, in der die Erhaltung jedes geborenen Kindes die allerdringendste Notwendigkeit ist, mit der Frage der Hebammenreform verquickt werden soll. Daß Säuglingsfürsorge überall dringend nötig ist, wird sicher von keiner Seite bestritten werden. Sie muß eingerichtet werden, und zwar auf dem Wege, der am schnellsten Erfolg verspricht In Frage käme zunächst die Ausbildung intelligenter jüngerer Hebammen in vierteljährigen Kursen, die damit natürlich aus dem Hebammenberufe austreten würden. Hier aber steht der Umstand im Wege, daß die Hebammen auf dem Lande fast ausnahmslos verheiratet sind. Die zweite Möglichkeit wäre die Ausbildung geprüfter Krankenpflegerinnen in halbjährigen Kursen. Bei der großen Anzahl der Krankenpflegerinnen, die während des Krieges die Prüfung bestanden haben und aus wirtschaftlichen Gründen nicht im Stande sind, ohne Bezahlung oder auch bei ungenügendem Entgelt sich weiter in der Kriegskrankenpflege zu betätigen, wird es nicht schwer sein, auf diesem Wege in absehbarer Zeit die nötige Anzahl von Säuglingsfürsorgerinnen zu gewinnen. Die dritte Möglichkeit wäre schließlich die ein Jahr in Anspruch nehmende Ausbildung noch nicht vorgebildeter Säuglingspflegerinnen. Der erste Weg ist jedenfalls zurzeit der empfehlenswerteste, soweit unverheiratete jüngere Hebammen zur Verfügung stehen. Die längste Zeit dagegen würde die grundsätzliche Uebertragung der Für-

sorge an die Hebammen in Anspruch nehmen, wenn sie nicht nur auf dem Papiere stehen soll, da sie das Heranwachsen eines ganz neuen Hebammengeschlechts zur Bedingung hat. Eine Erweiterung der Ausbildung der Fürsorgerinnen auf andere Fürsorgegebiete müßte der Zukunft vorbehalten bleiben.

Jedenfalls aber müßten gegenüber der im vaterländischen Interesse überall nötigen möglichst baldigen Einrichtung der Fürsorge für die Säuglinge Sonderwünsche für die Hebammen, selbst wenn sie vom ganzen Hebammenstande vorgetragen würden, zurzeit zurücktreten.

Es wäre zu wünschen, wenn sich zu diesen Fragen noch andere Medizinalbeamte äußerten. Auf Grund ihrer dienstlichen Erfahrungen sind im Reg.-Bezirk Osnabrück alle Kreisärzte bis auf einen gegen die Fürsorgetätigkeit der Hebammen. Ich nehme als sicher an, daß auch in anderen Bezirken die gleiche Auffassung die vorherrschendste ist.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Nahrungsmittelhygiene.

Vergleich unseres jetzigen Nahrungsumfanges mit dem vorjährigen. Von E. R. May. Halbmonatschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin. Jahrgang 26, Nr. 17.

Die gesamte Volksernährung ist im Winter 1917/18 wesentlich günstiger gewesen als sie im vorhergehenden Winter war. Der Grund liegt darin, daß auch die unteren Volksklassen sich mit „Schleichkartoffeln“ versorgt hatten, und daß der Schleichhandel überhaupt größeren Umfang angenommen hatte. Dadurch ist auch der Nahrungsumfang der nicht rationierten Nahrungsmittel gewachsen. Ferner sind die Kartoffelrationen, die im Vorjahre oft nur auf dem Papier standen, in diesem Winter wirklich geliefert worden. Für Hamburg ist berechnet, daß der Nahrungsumfang (Kalorienzahl) der rationierten Nahrungsmittel in der letzten Januarwoche 1918 um 10,5 %, in der ersten Märzwoche 1918 bereits um 17 % größer war, als er im Jahresdurchschnitt 1917 gewesen ist. Die Verbesserung, die unsere Ernährung erfahren hat, beruht nicht nur auf dem vergrößerten Kartoffelkomsum, sondern auch auf Vermehrung der außerhalb der Rationen verschafften Nahrungsmittel.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Pilzvergiftungen. Von Dr. W. Teschen. Neue Badische Landeszeitung; 1918, Nr. 441.

Dieser Herr, der sich als Pilzsachverständiger ausgibt, schreibt in dem verbreitetsten südwestdeutschen Handelsblatt u. a. folgendes: „Der Vorsicht halber tut man wohl, alle Pilze, die man verspeisen will, vor der Zubereitung mit warmem Salzwasser abzuwaschen, wodurch etwaiger Giftstoff ausgelaugt wird.“ Außer diesem Märchen behauptet er: „Kommen die Vergiftungszeichen nicht gleich, sondern später zur Wahrnehmung, so ist die Gefahr nicht so groß, und es genügt irgend ein kräftiges Abführmittel aus der Apotheke.“ Aber gerade beim tödlichsten und daher gefährlichsten Pilz, der Amanita bulbosa — Teschen erwähnt diesen Giftwulstling oder Knollenblätterschwamm nicht nur nicht, sondern charakterisiert obendrein den eßbaren Champignon als einen Pilz mit „dichtem, oft knolligen Strunk“ — setzen die ersten Vergiftungszeichen auffallenderweise erst spät, nämlich nicht vor 8 bis 12 Stunden nach Genuß ein. Soviel als kleiner Beitrag zu der „aufklärenden“ Wirkung der Tagespresse im Kriegsjahr 1918.

Als vorstehender Bericht eingesandt war, erschien in vorerwähnter Zeitung ein weiterer Pilzaufsatz, in der Nummer vom 19. September 1918, in

der **Amanita pantherina**, einer der gefährlichsten Giftpilze, als — eßbar gepriesen wird. Man fragt sich unwillkürlich, was wirkt toxischer, die Tagespresse oder die Pilze?

Dr. Fr. Kanngiesser-Braunfels.

---

2. Schulgesundheitspflege.

Sparsamkeit bei Schulbauten. Von Ferd. Kemsies. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, der Schularzt; 1918, Nr. 3 u. 4.

Während der Kriegszeit gilt es, überall möglichst zu sparen; Neubauten von Schulen sind deshalb möglichst unterblieben. Für Ostpreußen ist angeordnet, beim Wiederaufbau zerstörter Schulbauten alles überflüssige zu vermeiden, Brausebäder u. a. ohne besondere ministerielle Genehmigung nicht vorzusehen. Verfasser erörtert die Frage, ob sich denn bei Schulbauten wesentliches ersparen lasse. Er verneint dies im allgemeinen, wenigsten wenn man davon ausgeht, das Erziehungs- und Unterrichtswesen, die große Kraftquelle deutscher Erfolge, nicht wesentlich schmälern zu wollen. Allenfalls gehe es an, die Turnhöfe und Turnhallen mehreren Zwecken dienstbar zu machen, wodurch sich einiges ersparen ließe. Nach in neuerer Zeit ausgeführte Schulbauten berechnet er die Kosten für ein Volksschulhaus kleiner Gemeinden mit vier Unterrichtszimmern nebst Turnspielplatz auf über 100000, für eine Bürgerschule mit 20 Klassenräumen auf 400000, für höhere Lehranstalten auf 33000 bis 36000 M. pro Klassenraum. Dr. Solbrig-Breslau.

Schularzt und Einheitsschule. Von Dr. Helene Friderike Stelzner. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. Der Schularzt; 1918, Nr. 5 und 6.

Verfasserin bekennt sich als Freundin der Einheitsschule; mit gutem Erfolge besitzen auch bereits Länder wie die Schweiz, Oesterreich, die nordischen Länder einen gemeinsamen schulmäßigen Unterbau für alle Arten von Bildungsmöglichkeiten. Trotzdem solle die Stimme eines Baginski, der Gegner der Einheitsschule sei, nicht überhört werden. Es gelte, den Gefahren, die daraus entstehen, besonders der Zutragung von Krankheiten durch Kinder der ärmeren Bevölkerung, zu begegnen, und das geschehe durch schärfste schulärztliche Ueberwachung. Im übrigen müsse durch die hygienische Ausgestaltung des Schulhauses, der Schulverhältnisse im allgemeinen und durch die schulärztliche Tätigkeit den etwa aus der Einheitsschule heraus erwachsenen geistigen und körperlichen Schädigungen wirksam begegnet werden.

Dr. Solbrig-Breslau.

Schulschwester und Schulpflegerin. Von Stadtarzt Dr. Herford-Görlitz. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, der Schularzt; 1918, Nr. 1 u. 2.

Zu den neueren Einrichtungen auf dem Gebiete der Fürsorge in den Schulen gehören die Stellen der Schulschwester und der Schulpflegerin. Nachdem diese Einrichtung sich in England gut bewährt hatte, wurde bei uns zuerst in Charlottenburg die erste Schulschwester in den städtischen Dienst genommen. Andere Städte wie Breslau folgten dem Beispiel; immerhin hat das Schulpflegeamt noch keine Ausbreitung gefunden. Neben der Schulschwester als rechte Hand des Schularztes soll nun, wie u. a. Gertrud Buetz hervorgehoben hat, eine Schulpflegerin als soziale Helferin der Schule tätig sein. Herford bespricht auf Grund der Erfahrungen, die in Görlitz gemacht wurden, wo seit 1916 die Einrichtung der Schulpflege getroffen ist, die Tätigkeit der Schulschwester und Schulpflegerin; er spricht sich dahin aus, daß eine Vereinigung beider Begriffe zu wünschen sei. Er wünscht, daß die Schulpflegerin, die eine gute Vorbildung, (nach den vom Charlottenburger Jugendheim aufgestellten Richtlinien) besitzen soll, an allen Schulen zu einer Selbstverständlichkeit werde und die Schulschwester mit ihrem engeren Wirkungskreis überall verdrängen möge. Wie er sich die Tätigkeit der Schulpflegerin im einzelnen denkt, wird in einer Dienstanweisung genauer dargelegt. Die Schulpflegerin soll dem Stadtarzt unterstellt sein, an den Besprechungen der Lehrerschaft ihrer Schule als Berichterstatterin teilnehmen und über ihre Tätigkeit ein Tagebuch nach vorgeschriebenem Muster führen. Dr. Solbrig-Breslau.

---

3. Leibesübungen.

Die Leibesübungen der deutschen Jugend und der deutsche Reichsausschuß für Leibesübungen. Von Prof. Dr. Thiele-Chemnitz. Der Schularzt; 1917, Nr. 7.

Ueber die Anforderungen für die Leibesübungen der Schuljugend gehen die Ansichten noch vielfach auseinander. Es ist deshalb nach Thiele besonders zu begrüßen, daß sich ein Deutscher Reichsausschuß für Leibesübungen, E. V. in Berlin gebildet hat, der das ganze Gebiet unparteiisch und vorurteilsfrei zusammenfassen und bearbeiten will. Der Wunsch Thieles, dem man nur zustimmen kann, geht dahin, daß in diesem Reichsausschusse auch deutsche Schulhygieniker und Schulärzte als Mitarbeiter tätig seien.

Dr. Solbrig-Breslau.

Körperliche Erziehung und Schule. Von Leo Burgerstein-Wien. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1918, Nr. 5 und 6.

Es handelt sich um ein erweitertes Referat, das der um die Schulhygiene so verdienstvolle österreichische Schulmann in der ärztlichen Abteilung der Waffenbrüderlichen Vereinigung in Berlin im Januar 1918 gehalten hat. Rückblickend kann der Verfasser mit Genugtuung feststen, daß in Oesterreich für die Ausgestaltung der körperlichen Erziehung in Knaben- und Mädchenschulen erfreuliches geschaffen wurde. Hinsichtlich der militärischen Vorbildung der Schuljugend ist man in Oesterreich ziemlich weitgegangen (im militärischen Sinne organisierte Knabenhorte, Reichsbund der Jugendreform, fakultative Schießübungen am Gymnasium usw.). Bei der Frage der Beratung der verschiedenen Arten von Leibesübungen legt sich Burgerstein auf kein System fest, er schließt sich Sommers Ansicht an, der als gemeinsame psychische Grundlage aller körperlichen Uebungen die Uebung und Erziehung des Willenscharakters hinstellt. Sehr wichtig ist die in Oesterreieh bereits seit 25 Jahren eingeführte obligatorische hygienische Unterweisung der angehenden Lehrerschaft und der Schülerschaft, — was leider in Deutschland noch fehlt. Auch hinsichtlich der Schularzteinrichtung ist man wohl in Oesterreich teilweise wenigstens etwas weiter als bei uns, so fehlt bei uns noch der in Oesterreich seit 1909 eingeführte Schularzt an Lehrerbildungsanstalten.

Verfasser hofft für sein Heimatsland, daß von dem neugeschaffenen Ministerium für soziale Fürsorge und für Volksgesundheit eine ausgiebige Förderung der körperlichen Erziehung des Nachwuchses ausgehen werde. Um das statistische Material, das in so reicher Weise auf dem Gebiete der Schulhygiene vorhanden sei, kritisch zu bearbeiten, will er besondere Institute haben, für die genug vortreffliche Kräfte im Deutschen Reiche vorhanden seien, um bedeutsame Erfolge zutage fördern zu können, die für die körperliche Erziehung von Nutzen sind.

Dr. Solbrig-Breslau.

---

4. Krüppelfürsorge.

Erzwingung der Heilbehandlung orthopädisch kranker Kinder. Von Dr. Kurt Schwarz-München. Zeitschrift für Krüppelfürsorge; 1917, G. 6.

Wenn Eltern oder Vormünder ein verkrüppeltes Kind der notwendigen Anstaltsbehandlung entziehen, so vernachlässigen sie die ihnen nach § 1627 B. G. B. auferlegte Versorgungspflicht gegenüber dem Kinde. Dann hat das Vormundschaftsgericht nach § 1666 B. G. B. die zur Abwendung der Gefahr notwendigen Maßregeln zu treffen, wenn notwendig die Unterbringung in eine Anstalt anzuordnen oder einen Pfleger zu bestellen. Bei vermögenden Eltern kann dies geschehen, selbst wenn sie sich deshalb Entbehrungen auferlegen müssen. Fehlen die Mittel, so ist bei Uebernahme der Behandlung durch öffentliche Anstalten die Frage ebenfalls gelöst. Nur wenn vom Vater die Armenrechte in Anspruch genommen und dabei auf politische Rechte verzichtet werden muß, wird der Vormundschaftsrichter sich schwer dazu entschließen und versuchen, die öffentlichen Wohlfahrtsanstalten in Anspruch zu nehmen.

Dr. Rehberg-Tilsit.

Das Recht des Krüppels. Von Landesversicherungsrat Hansen in Kiel. Zeitschrift für Krüppelfürsorge; 1917, Heft 7.

Während hilfsbedürftigen Blinden und Taubstummen durch Gesetz vom

11. Juli 1891 die notwendige Bewahrung, Kur und Pflege aus öffentlichen Mitteln gewährleistet wurde, und sich deren Los seitdem wesentlich gebessert hat, ist eine gesetzliche Regelung gegenüber den vor dem Kriege im Deutschen Reiche gezählten 8000 Krüppeln trotz mehrfacher Anträge bisher nicht erfolgt. Hier gilt es besonders, dem ausbildungsfähigen Krüppel die notwendige Versorgung zu sichern, indem entsprechend jenem Gesetze eine gleiche Verpflichtung einzutreten hat gegenüber körperlich verkrüppelten Personen, bei denen nach sachverständigem Gutachten angenommen werden muß, daß die Betreffenden, ohne Ausbildung zu erhalten, erwerbsunfähig bleiben, nach der Ausbildung aber wenigstens teilweise erwerbsfähig werden können.

Verfasser faßt seine Forderungen in folgenden Leitsätzen zusammen:

1. Dem Krüppel ist ebenso wie den anderen Anormalen (Blinden, Taubstummen usw.) ein gesetzliches Recht auf Versorgung und Ausbildung zuzugestehen.
2. Dem Krüppel ist sowohl Gelegenheit zu geben, einen seinen Verhältnissen angemessenen Schulunterricht zu genießen, als auch die Möglichkeit zu bieten, einen ihm zusagenden Beruf zu ergreifen.
3. Das Netz der bestehenden Krüppelanstalten ist so auszubauen, daß in der Tat allen Krüppeln, soweit dieses nach dem heutigen Stande der Pädagogik und Orthopädie möglich ist, Hilfe geleistet werde.
4. Von einer Verstaatlichung der bestehenden Krüppelanstalten ist abzusehen, weil der Krüppelpflege der ihr eigene Charakter zu ihrem Nachteil genommen werden würde.
5. Es ist eine ärztliche Kontrolle der Kinderpflege einzurichten, durch die vorhandene Schäden aufgedeckt und Wege zur Abhilfe gewiesen werden.
6. Die finanziellen Lasten der Krüppelfürsorge sind, soweit sie nicht durch gewisse Wohltätigkeit gedeckt werden können, den Kreisen und den Provinzen aufzuerlegen.
7. Eine ausreichende Krüppelfürsorge ist nicht nur von humanitärem, sondern auch von ökonomischem Standpunkt aus wichtig; denn sie bedeutet bei scheinbarem Mehraufwande in der Gegenwart eine bedeutende Verminderung der Armenlasten in der Zukunft. Dr. Rehberg-Tilsit.

---

5. Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Die Organisation der Kriegsbeschädigtenfürsorge. Von Oberbürgermeister Geib. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1917, H. 17.

Die Träger der Kriegsbeschädigtenfürsorge sind in Preußen die Provinzialverwaltungen, entweder direkt oder eine eng an diese angegliederte Organisation; überall steht sie unter dem leitenden Einfluß des Landeshauptmanns. In den anderen Bundesstaaten bilden den Mittelpunkt die Landesbehörden selbst oder an diese angegliederte Organisationen unter dem Schutz des Staatsministers des Innern. Sowohl an diesen Hauptfürsorgeorganisationen, als auch den ihnen nachgeordneten örtlichen Fürsorgestellen arbeiten neben den Behörden Fachvertreter jeder Arbeit; der Schwerpunkt fällt bald den Hauptfürsorgeorganisationen, bald den örtlichen Fürsorgestellen zu. Durch Zusammenschluß der Hauptfürsorgestellen wurde ein „Reichsausschuß der Kriegsbeschädigtenfürsorge" gebildet, der zur Förderung und Anregung bei der gemeinschaftlichen Arbeit und Wahrung allgemeiner Interessen dienen soll. Diese Arbeiten werden erledigt von einem Reichsarbeitsausschuß und 10 Sonderausschüssen für die einzelnen Sondergebiete, an denen hervorragende Fachvertreter aus allen Teilen Deutschlands, im ganzen etwa 600 Personen, beteiligt sind; die Reichsleitung wird durch einen Reichskommissar vertreten; die laufende Geschäftsführung liegt in den Händen der Reichsgeschäftsstelle. Die Mittel für die praktische Durchführung der Kriegsbeschädigtenfürsorge werden vom Reich zur Verfügung gestellt. Ihre Hauptaufgaben sind: Die Bäder- und Anstaltsfürsorge nach Abschluß der militärischen Heilbehandlung, die Berufsberatung, Berufsausbildung der Kriegsverletzten und die Arbeitsvermittelung.

Dr. Rehberg-Tilsit.

Belgische Kriegsbeschädigtenfürsorge. Von Dr. Willy Schlüter. Zeitschrift für Krüppelfürsorge; 1917, H. 7.

Die ärztliche Berufsberatung der Invaliden findet im belgischen Lazarett

in Rouen statt; dann erfolgt die Uebersiedelung nach Port Villez bei Vernon, wo in landschaftlich schöner Gegend eine aus zahlreichen Baracken bestehende Anlage für die Ausbildung und Neuertüchtigung der Kriegsverletzten errichtet ist. Es besteht hier ein ärztliches Forschungsamt, das durch Untersuchung der Arbeitsvorgänge jede unnütze Bewegung ausschalten lehrt und dem Krüppel die günstigsten Arbeitsbedingungen schaffen will. In zahlreichen Schulen und Werkstätten werden fast alle Berufszweige gelehrt, nur wird dabei, abweichend von unseren Lehrplänen, auf die grundsätzliche Wiederaufnahme des früheren Berufes kein Wert gelegt

Dr. Rehberg-Tilsit.

Die Fürsorge für ertaubte und schwerhörige Krieger. Von Karl Krojss, Direktor der K. Kreistaubstummenlehranstalt in Würzburg. Zeitschrift für Krüppelfürsorge; 1917, H. 6.

Die im gegenwärtigen Kriege besonders häufigen Gehörsbeschädigten werden in den Taubstummenlehranstalten zunächst im Absehunterricht ausgebildet; die Fortschritte sind hier besser als bei Kindern, weil der Lehrer auf einen vorhandenen Worterinnerungsbestand zurückgreifen kann. Sind Hörreste vorhanden, so sind diese durch den Ohrenarzt nach der Bezoldschen Methode genau festzustellen und durch Uebung für die Aufnahme von Wortlauten empfänglich zu machen. Die Vereinigung beider Verfahren hat glänzende Erfolge gezeitigt. Dr. Rehberg-Tilsit.

Arbeitsversorgungsamt für Kriegsteilnehmer. Von Dr Albert Wolff. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; Jahrgang 25, Nr. 23, vom 8. November 1917.

Verfasser schlägt die Einrichtung von Arbeits-Versorgungsämtern für Kriegsteilnehmer vor, die Kriegsbeschädigten haben mit Recht auf das Entgegenkommen von Staat und Gesellschaft zu rechnen zur Beschaffung geeigneter Existenzmöglichkeiten. In jedem Beschädigten stecke noch ein gut Teil Kraft, die angemessen verwendet werden muß; hier sollten die Versorgungsämter jeder Profession, jedes Gewerkes, jeder Industrie helfend eingreifen. Ein bis zwei Arbeitnehmer, ein bis zwei Arbeitgeber des betreffenden Berufes und ein Arzt nehmen die Beschwerden und Wünsche der Kriegsbeschädigten entgegen und weisen ihm einen seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechenden Dienst zu. Dr. Hoffmann-Berlin.

---

6. Soziale Hygiene.

Gedanken naturwissenschaftlicher und bevölkerungspolitischer Art über Frauenfragen. Von R. Landvogt. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; Bd. 10, H. 46.

Der Verfasser bespricht die Frauenfrage nach folgenden Gesichtspunkten:

1. Welche Notwendigkeiten sind für die Erwerbstätigkeit des Weibes im Völker- und Staatsleben vorhanden trotz der Nachteile für Gattin, Mutter, Mann und Kind?

2. Welche Notwendigkeiten sind für die Betätigung des Weibes im öffentlichen Leben vorhanden: a) aus Mangel von geeigneten Männern, b) aus Bildungs- und Betätigungsdrang des Weibes, c) aus Freiheitsgründen?

3. Welche Grundform des Geschlechtsverkehrs ist die zweckmäßigste: a) für Mann, Weib und Kind, b) für Staaten und Völker?

Dr. Wolf-Hanau.

Kriegsamenorrhoe. Von Prof. Dr. W. Hannes-Breslau. Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 32.

Die seit Herbst 1916 sich offensichtlich häufenden Fälle von sonst nicht erklärbaren Amenorrhoen berechtigen von einer Kriegsamenorrhoe zu sprechen. Hervorgerufen ist dieses Sistieren der menstrualen Funktion des Uterus in der Hauptsache durch die Ernährungsschwierigkeiten und Ernährungsanomalien. Psychischen Einflüssen kommt nur eine geringere und gelegentliche Bedeutung zu. Die Ovarialfunktion scheint nicht erloschen zu sein, Konzeption kann eintreten; meist stellt sich nach einer Reihe von Monaten die Periodenfunktion wieder ein. Dr. Roepke-Melsungen.

Wirkungen des Krieges auf die Sterblichkeitsverhältnisse. Von Von Dr. G. Hälsen-Oggersheim (Pfalz). Deutsche med. Wochenschrift; 1917, Nr. 35.

Verfasser hatte Gelegenheit als alleiniger Arzt eines vor den Toren einer bedeutenden Industriestadt gelegenen Städtchens ven 9000 Einwohnern den Gesundheitszustand und die Geburten- und Sterblichkeitsverhältnisse von einem einheitlichen Gesichtspunkte aus zu betrachten. Bis Ende 1916 hat die Geburtenzahl abgenommen und infolgedessen auch die Zahl dei gestorbenen Kinder unter einem Jahre sowohl absolut, als auch im Verhältnis zur Gesamtzahl der Todesfälle; eine Aenderung der Säuglingssterblichkeit war nicht nachzuweisen. Ebenso ist keine Aenderung der Tuberkulosesterblichkeit festzustellen, lediglich an Krebskrankheiten ist eine höhere Zahl von Todesfällen zu verzeichnen. Die Gesamtsterblichkeit ist selbst einschließlich der Kriegsverluste kaum gestiegen, aber die Zahl der Toten über 60 Jahren hat bedeutend zugenommen, sowohl absolut, wie im Verhältnis zur Gesamttodeszahl.

Dr. Roepke-Melsungen.

Hebung der Volkskraft nach dem Kriege im Bereiche der deutschen Staatseisenbahnen. Von Prof. Dr. Roepke-Stadtwald. Zeitschrift für Bahnärzte; 1918, Nr. 8.

Der Verfasser bespricht die wichtigen Fragen: Verwahrung, Erhaltung und Ertüchtigung des Nachwuchses; und zwar die Hebung des Geburtenrückganges, die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft, Frauenschutz, Berufsberatung, Aufnahme regelmäßiger Leibesübungen, Bekämpfung der Konstitutions- und Infektionskrankheiten im Kindesalter, Bekämpfung der Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten, Wohnungsfürsorge. Dr. Wolf-Hanau.

Bericht über die Tätigkeit der Fürsorgeschwestern des Medizinalamts der Stadt Berlin im Jahre 1917. Von Dr. Seligmann, Vorsteher der bakteriologischen Abteilung. (Aus dem Medizinalamt der Stadt Berlin.) Berliner klinische Wochenschrift; 1918, Nr. 25.

Während sich die Tätigkeit der Fürsorgeschwestern im ersten Jahre ihres Wirkens ausschließlich auf die Diphtheriebekämpfung erstreckte, so stellte das Jahr 1917 mit der Pockenbedrohung und dem gesteigerten Auftreten gewisser endemischer Krankheiten, wie Ruhr und Hautkrankheiten, auch die Schwestern vor neue Aufgaben. Sie wurden bei der Bekämpfung der Pocken in den Schulen mit herangezogen, auch bei Fällen von Scharlach, Typhus, Ruhr bei Schulkindern gelegentlich verwendet. Als ansteckende Hautkrankheiten und Verlausung unter den Schulkindern in stärkerem Maße zunahmen, wurde eine besondere Organisation zur Bekämpfung geschaffen, in der die Schwestern tätig mitwirkten.

Die Diphtheriebekämpfung blieb das Hauptarbeitsfeld: es wurden insgesamt fast 17000 Besuche bei 6353 Diphtheriefällen gamacht. Nur 500 Diphtheriefälle fielen für die Arbeit der Schwestern aus. Neu ermittelte, nicht gemeldete Fälle waren 181. Familien ohne ärztliche Versorgung wurden 99 festgestellt; es gelang den Schwestern fast stets, ärztliche Behandlung durchzusetzen. Die Sterblichkeit hat 7,9 % betragen; sie hat sich seit 1914 (9,3 %) stetig verringert.

Die Bekämpfung ansteckender Hautkrankheiten sowie die der Verlausung geschieht nach einem einheitlichen Plan. Die Schulärzte sollen durch Schulbegehungen und durch Belehrung der Lehrerschaft für die frühzeitige Erkennung der Krankheiten Sorge tragen, behandlungsbedürftige Fälle dem Medizinalamt mitteilen; das Lehrpersonal soll alle verdächtigen Fälle dem Schularzt zuschicken und dem Medizinalamt melden. Alle auf diese Weise bekannt gewordenen Fälle werden sofort von Fürsorgeschwestern aufgesucht; für zweckentsprechende Behandlung, erforderlichenfalls in Polikliniken, wird gesorgt. Im ganzen wurden 1435 Familien in Fürsorge genommen, auf die sich 4300 Besuche verteilten. Von 2273 Einzelpersonen wurden 2028 endgültig geheilt.

Der Nutzen dieser Einrichtung in Berlin ist erwiesen. Ein weiterer Ausbau ist nötig, damit mit der Heimkehr der Krieger die dann wachsenden größeren Aufgaben gelöst werden können. Dr. Solbrig-Breslau.

---

7. Statistik.

Familienverhältnisse der bayerischen Staatsbeamten.

Im Auftrage der bayerischen Staatsregierung hat der Verband der Lebensversicherungsvereine der bayerischen Staatsbeamten und -arbeiter eine Bearbeitung der Familienverhältnisse der etatsmäßigen Staatsbeamten nach dem Stande vom 1. Juli 1916 durchgeführt, deren Ergebnisse jetzt in der „Zeitschrift des K. bayerischen Statistischen Landesamts" mitgeteilt werden. Sie beziehen sich auf 76055 aktive Beamte, von denen 47704, d. s. 62,7 % der Verkehrsverwaltung und 28351 oder 37,3 % den übrigen Ministerien angehörten. Es wurden 180052 Kinder gezählt, 133648 (74,3 %) bei der Verkehrsverwaltung und 46404 bei den übrigen Ministerien.

Nach dem Familienstand unterschieden, waren von den sämtlichen Beamten 11,1 % ledig, 86,5 % verheiratet und 2,4 % verwitwet oder geschieden. Bei der Verkehrsverwaltung sind nur 5,5 % der Beamten ledig, 92,0 % verheiratet und 2,5 % verwitwet oder geschieden, dagegen bei den übrigen Ministerien 20,3 % ledig, 77,4 % verheiratet und 2,3 % verwitwet oder geschieden.

Nach der Familiengröße verteilen sich die Beamten auf 11,1 % Ledige, 11,9 % Kinderlose und 77,0 % Väter; bei der Verkehrsverwaltung sind es 5,5 % Ledige, 10,6 % Kinderlose und 83,9 % Väter, bei den übrigen Ministerien 20,3 % Ledige, 14,2 % Kinderlose und 65,5 % Väter.

Von den Vätern hat rund die Hälfte eins oder zwei Kinder und die andere Hälfte mehr als zwei Kinder; bei der Verkehrsverwaltung machen die Väter mit mehr als zwei Kindern etwas mehr als die Hälfte aus (47 von 84 %) bei den übrigen Ministerien dagegen sehr viel weniger (25 von 65 %).

Im Durschnitt entfallen auf einen Beamten 2,4 Kinder bei der Verkehrsverwaltung 2,3, bei den übrigen Ministerien nur 1,6. Auf einen Vater treffen 3,1 Kinder, bei der Verkehrsverwaltung 3,3 und bei den übrigen Ministerien 2,5. Im einzelnen kommen auf einen höheren Beamten 1,3 Kinder, auf einen mittleren 1,7 und auf einen unteren Beamten 2,7 Kinder (bei der Verkehrsverwaltung, 3,1 dagegen bei den übrigen Ministerien nur 1,7 Kinder).

Auf einen Vater entfallen bei den höheren Beamten 2,3 Kinder, bei den mittleren Beamten 2,4 und bei den unteren Beamten 3,3 Kinder (bei der Verkehrsverwaltung 3,6, bei den übrigen Ministerien 2,6).

Die mitgeteilten Zahlen zeigen bei den höheren und den mittleren Beamten eine bedauerliche Kinderarmut, die durch die höhere Fruchtbarkeit der unteren Beamten einigermaßen ausgeglichen wird.

Aus Ehen mit mehr als zwei Kindern stammen etwa 76 % aller Kinder, bei der Verkehrsverwaltung 80,0 %, bei den übrigen Ministerien 63,2 %. Von diesen Kindern waren unter 15 Jahren 41 %, bei der Verkehrsverwaltung 43 % und bei den übrigen Ministerien 35 %, unter 18 Jahren 51 %, bei der Verkehrsverwaltung 54 % und bei den übrigen Ministerien 43 %.

Aerztliche Anträge auf Lebensmittelzulage für Kranke und Statistik. Von Sanitätsrat Dr. J. Hainebach, Frankfurt a. M. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin, Jahrg. 26, Nummer 7 von 28. März 1918.

Verfasser weist darauf hin, daß jetzt eine wohl nie wiederkehrende Gelegenheit vorhanden ist, ein genaue Statistik über Tuberkulöse und Zuckerkranke aufzustellen. Diese Kranken kommen jetzt sämtlich zum Arzt, um sich Zusatznahrungsmittel verschreiben zu lassen, und so muß es verhältnismäßig leicht sein, eine genaue Statistik dieser Kranken aufzubauen.

Dr. Hoffmann-Berlin.

---

8. Aerzte und Zahnärzte.

Neue Fächer der ärztlichen Ausbildung. Von Dr. H. L. Eisenstadt. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1918, Nr. 18.

Verfasser weist darauf hin, daß sich nach dem Kriege Lücken in der ärztlichen Ausbildung bemerkbar machen würden, der Arzt müsse sich beschäftigen mit Sexualwissenschaft, mit medizinischer Psychologie und mit der Degenerationslehre; endlich habe der Weltkrieg auch der Medizin ein anderes Ernährungssystem eingeimpft. Alles dieses müsse geistiges Eigentum der Mediziner werden.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Welche Ziele hat die Zahnheilkunde zu erstreben? Von Stabsarzt Dr. Krause. D. Zahnärztl. Zeitung; 1918, Nr. 26—27.

Verfasser kommt zu dem Schlusse, daß das Natürlichste und Idealste eine Verschmelzung der Zahnheilkunde mit der Medizin in dem Sinne ist, daß die Zahnheilkunde gleich den anderen Fächern allen Studierenden gelehrt und sie auch in ihr geprüft werden. Die Ausübung des Berufes und die Bezeichnung als Spezialarzt bezw. Zahnarzt wäre von einer nach dem Examen erfolgten spezialärztlichen Ausbildung wie die der anderen Spezialärzte abhängig. Weniger günstig wäre ein Studium nach dem medizinischen Staatsexamen mit nachfolgendem spezialärztlichen Examen. Durch beide Arten würden alle schwebenden Fragen in befriedigender Weise gelöst. Da jedoch die Zeit für beide Wege noch nicht reif ist, so ist vor der Hand nur eine Vertiefung des Studiums erwünscht. Ob wir diese wie bisher nur im Anschluß an die medizinische Fakultät fortführen oder eine eigene Hochschule dafür gründen wollen, bedarf noch weiterer Erwägungen. Dr. Wolf-Hanau.

Tagesnachrichten.

Behufs **Milderung der bei der zwangsläufigen Ernährungswirtschaft** nicht zu vermeidenden Eingriffe in das Recht des Einzelnen hat der Staatssekretär des Kriegsernährungsamts durch Erlaß vom 25. September sämtliche ihm unterstellten Kriegsstellen und Kriegsgesellschaften verpflichtet, dafür zu sorgen, diese Last möglichst erträglich zu gestalten. Es heißt in diesem Erlaß:

„Erforderlich ist insbesondere hilfsbereites und verständnisvolles Entgegenkommen im mündlichen und schriftlichen Verkehr.

Die Fülle der Verordnungen und die große Zahl der im Kriege entstandenen Dienststellen macht es für die Bevölkerung besonders schwierig, sich der Kriegsgesetzgebung anzupassen. Es ist daher Pflicht der an der Durchführung der Verordnung mitwirkenden Beamten und Angestellten, an sie herantretenden Wünschen nach Auskunft über Inhalt und Sinn der Vorschriften hilfsbereit zu entsprechen. Gesuchsteller, welche nicht den richtigen Weg für die Erledigung ihrer mündlichen Anträge gefunden haben, dürfen nicht abgewiesen werden, sondern sind über die zuständige Stelle aufzuklären. Unrichtig adressierte Anträge sind nicht zurückzugeben, sondern unter Benachrichtigung des Einsenders an die richtige Stelle weiterzuleiten.

Wird den Wünschen der Bevölkerung nach Rat und Auskunft mehr wie bisher Rechnung getragen, so wird dadurch das Vertrauen in die Kriegsgesetzgebung gestärkt und es wird damit auch den Behörden die Durchführung ihrer schwierigen Aufgabe erleichtert werden.

Dankbar erkenne ich die hingebende und treue Mitarbeit der mir nachgeordneten Kriegsstellen und Kriegsgesellschaften an. Ich vertraue aber auch, daß sie bei Erfüllung ihrer Aufgaben dauernd bemüht sein werden, zur Aufrechterhaltung einer opferwilligen und zum standhaften Durchhalten entschlossenen Stimmung in der Bevölkerung beizutragen.“

Am 8. Oktober d. J. hat in Dresden die **erste Sächsische Landestagung für Wohlfahrtspflege** stattgefunden. Der Minister des Innern, Graf Vitzthum v. Eckstädt, eröffnete die Tagung mit einer Ansprache. in der er etwa folgendes ausführte: Die Säuglings- und Kleinkinderpflege ist bisher auf die Freiwilligkeit der Gemeinden und der in der sozialen Fürsorge tätigen Kreise, insbesondere der Frauenvereine, gestellt gewesen und nur einem geringen Teile aller ihrer bedürftigen Kinder zugute gekommen. Es fehlte die Organisation und die systematische Arbeit. Hierzu soll das Gesetz über die Wohlfahrtspflege verhelfen. Es erklärt die Wohlfahrtspflege zu einer Pflichtaufgabe der Gemeinden. Das ganze Land soll überdies in Pflegebezirke geteilt werden. Pflegeausschüsse, zu denen alle in der Wohlfahrtspflege erfahrenen und bewährten Kreise herangezogen werden, sollen unter Schonung der schon bestehenden Einrichtungen der Gemeinden und der freiwilligen Liebestätigkeit

alles das schaffen, was noch fehlt. Schließlich soll die gesamte Säuglings- und Kleinkinderpflege des Landes ihre Zusammenfassung in einen Landesausschuß für Säuglings- und Kleinkinderpflege finden, in den die einzelnen Pflegeausschüsse auch Vertreter abordnen. Es gilt zunächst die sogenannte „offene" Säuglingspflege einzurichten. Bezirkspflegerinnen und Säuglingspflegerinnen müssen angestellt werden, die sich von Haus zu Haus der Beratung der jungen Mütter widmen. Daneben gilt es, Mütterberatungsstellen in großer Zahl zu schaffen und die Mütter mit Wort und Schrift dauernd auf ihre wichtige Pflicht, ihr Kind selbst zu stillen, hinzuweisen. Stillbeihilfen und entsprechende Nahrung müssen ihnen zu diesem Zwecke gewährt werden. Die Reichswochenhilfe müsse zu einer dauernden Einrichtung auch nach dem Kriege werden. Für Kinder, deren Mütter im Erwerbsleben außerhalb des Hauses stehen, müssen Kinderhorte in großer Zahl errichtet werden. Säuglingsheime müssen besonders den schwächlichen und kranken Säuglingen Aufnahme gewähren. Die Aufgaben, die auf dem Gebiete der Säuglings- und Kleinkinderpflege zu erfüllen sind, sind groß und zahlreich. Der Staat und die Behörden allein sind ihnen nicht gewachsen. Sie können wohl Mittel zur Verfügung stellen, sie bedürfen hierzu jedoch die werktätigen gemeinnützigen Hilfe treuer und erfahrener Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Der Minister wandte sich dabei in erster Linie an die Aerzte des Landes mit der Bitte: „Unterstützen Sie die gemeinnützigen Unternehmungen mit Rat und Tat aus dem reichen Schatze ihrer Kenntnisse und Erfahrungen und treten Sie besonders den Pflegeausschüssen bei".

Ueber die Art und Weise, in der die gesetzliche Wohlfahrtspflege ausgeführt werden soll, sprachen dann der leitende Arzt des Säuglingsheims der Stadt Dresden, Dr. Bahrdt über die Durchführung der offenen Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Stadt und Land und der Direktor der Universitäts-Kinder-Klinik und Poliklinik zu Leipzig, Prof. Dr. Thiemich über die halboffene und geschlossene Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.

(Korrespondenzblattes der ärztlichen Kreis- und Bezirksvereine im Königreich Sachsen; 1918, Nr. 20.)

Als wirksames Mittel im Kampfe gegen die **herrschende Wohnungsnot** hat kürzlich der Regierungspräsident in Düsseldorf durch Verfügung an die Vorstände der Stadt- und Landkreise seines Bezirkes das **Erbbaurecht** empfohlen, da dadurch die Ausgabe für den Erwerb des Grund und Bodens vermieden und infolgedessen der Wohnungsbau erheblich verbilligt werden könnte. In der Verfügung heißt es dann sehr richtig: „Insbesondere werden politische und kirchliche Gemeinden, die Stiftungen und sonstigen juristischen Personen häufig nicht nur den guten Zweck fördern, sondern auch für sich wirtschaftlich richtig handeln, wenn sie Grundeigentum für den Kleinwohnungsbau im Wege des Erbbauvertrages zur Verfügung stellen. Die Gemeinden müssen den friderizianischen Grundsatz beherzigen, daß der Reichtum eines Landes und damit auch der Gemeinde regelmäßig nicht in dem in ihm vorhandenen Gelde liegt, sondern in der Bevölkerung, für deren gesunde Behausung Sorge zu tragen in erster Linie eine Ehrenpflicht der Gemeinde ist; sie dürfen sich bei der Verwertung ihres Grundbesitzes nicht von den Gesichtspunkten einer allzu vorsichtigen Steuerpolitik leiten lassen, sondern müssen das Land für den Wohnungsbau zu einem möglichst niedrigen, das Bauen erleichternden Satze zur Verfügung stellen. Die Gemeinde hat den Vorteil, daß die Familie durch das Erbbaurecht regelmäßig auf mehr als ein Menschenalter an den Ort gebunden wird und den für ein jedes Gemeinwesen so wichtigen seßhaften Bestandteil der Bevölkerung verstärkt. Auch großen Industriewerken kann unter diesem Gesichtspunkte die Begründung von Erbbaurechten wohl empfohlen werden, da sich das Werk hierdurch einen dauernden Stamm von Arbeitern zu sichern vermag."

Die Tätigkeit der Lupuskommission im Jahre 1917. Die Lupuskommission des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose hat auch im Berichtsjahre 1917 nach den bisherigen bewährten

Grundsätzen gearbeitet. Erfreulicherweise ist in der Zahl der Heilverfahren gegenüber den Jahren 1915 und 1916 wieder ein Fortschritt zu verzeichnen. Es wurden 1917 ganz oder teilweise auf Kosten der Lupuskommission insgesamt 253 Kranke behandelt (gegenüber 192 Kranken im Jahre 1915 und 157 Kranken im Jahre 1916), darunter 40 Männer, 164 Frauen und 49 Kinder. Die von der Lupuskommission aufgewandten Kosten belaufen sich auf insgesamt 18198,33 M., von anderen Kostenträgern wurden 39807,24 M. aufgebracht. Von den Kranken konnten 100 geheilt, 139 gebessert und 13 ungeheilt entlassen werden. Ein Kranker ist verstorben. Die Behandlungsdauer bei Kranken, die sich einem ständigen Heilverfahren unterwarfen, schwankte in der Regel zwischen 2—5 Monaten. Bei vielen Kranken konnte die Behandlung ambulant durchgeführt werden, so daß die Aufnahme immer nur für einige Tage zu erfolgen brauchte. Häufig traten Rückfälle ein, die innerhalb des Jahres wiederholte Behandlungen erforderten.

Es darf hierbei nochmals darauf hingewiesen werden, daß die Lupuskommission vornehmlich solche Kranken berücksichtigt, deren Leiden sich noch im Anfangsstadium befindet und Heilung oder wesentliche Besserung bis zur Herstellung der Erwerbsfähigkeit erwarten läßt. Untersuchung und Behandlung hat in den von der Lupuskommission bekanntgegebenen Lupusheilanstalten zu erfolgen. Die Höhe der Beihilfen richtet sich nach dem Umfang der zu erwartenden Kosten; sie beträgt im allgemeinen ein Viertel bis ein Drittel der Gesamtkosten. An die Gewährueg ist die Bedingung geknüpft, daß die Restkosten von anderen Stellen (Kreis, Gemeinde, Landesversicherungsanstalten, Krankenkassen, Wohlfahrtsvereine, Angehörigen oder dergl. sichergestsllt werden..

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:

Das Eiserne Kreuz I. Klasse: Stabsarzt d. L. Med.-Rat Dr. Drost, Anstaltsoberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein bei Pirna in Sachsen.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. H. in B.: Gilt die Bestimmung, daß den vor 1909 im Amte befindlichen vollbesoldeten Kreisärzten das **Besoldungsdienstalter** allgemein um 8 Jahre vordatiert wird, auch für Kreisärzte, die erst später vollbesoldete Stellen erhalten haben?

Antwort: Nein! Die Bestimmung gilt nach dem Ministerial-Erlaß vom 2. Juli 1909 nur für die vor 1909 angestellten vollbesoldeten Kreisärzte; bei allen später in eine vollbesoldete Stelle versetzten Kreisärzten wird das Besoldungsdienstalter jedesmal von dem Herrn Minister bei ihrer Versetzung bezw. Ernennung festgesetzt.

Anfrage des Kreisarztes Dr. C. K. Welche **Reisekosten** sind zuständig, wenn an demselben Tage an einem auswärtigen Geschäftsort eine sanitätspolizeiliche Untersuchung und eine gerichtsärztiche Obduktion vorzunehmen sind?

Antwort: Nach § 6 des Gebührengesetzes sind die Kosten für mehrere amtlichen Verrichtungen auf einer Reise nach der Zahl der Geschäfte auf diese zu verteilen. Die Fahrkosten sind nach den Sätzen für sanitätspolizeiliche Verrichtungen, die dem Kreisarzt zustehen (für 1 km Eisenbahn 8,2 Pf., Landweg 60 Pf., Zu- und Abgang je 1,50 M., also im vorliegenden Falle 3,28 + 12,0 + 3,0 = 18,28 M.) zu berechnen, und je die Hälfte (9,14 M.) bei dem Gericht und dem Regierungspräsidenten zu liquidieren. Außerdem sind die Hälfte der Tagegelder (6 M.) beim Regierungspräsidenten und der Rest an Gebühren (24 — 6 = 18 M.) beim Gericht anzufordern.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Kreuzberg (Oberschl.) sowie dem Dr. Kahnert, Chefarzt der Kronprinz Wilhelm-Volksheilstätte bei Kowanowko; — der Titel Professor: dem Anstaltsarzt a. D. Dr. Javobitz, wissenschaftlichen Mitglied des Hygienischen Instituts in Beuthen (Oberschl.) und den Privatdozenten Dr. Meyerhoff in Kiel, Oberarzt Dr. Nordmann in Berlin-Schöneberg; — der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Roux in Halle a. S.

Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung der IV. Klasse mit der Krone des Königlich Bayerischen Verdienstordens vom Heiligen Michael: dem Reg.- und Med.-Rat Dr. Frey, Medizinalreferent bei der Zivilverwaltung des Kaiserl. Generalgouvernements in Warschau.

Ernannt: a. o. Prof. Dr. Guleke in Straßburg zum ordentl. Professor in der medizinischen Fakultät der Universität Marburg.

Gestorben: San.-Rat Dr. v. Scheibner, Chefarzt der Lungenheilstätte Ambrock bei Hagen i. Westf., San.-Rat Dr. El. Simon-Frankfurt a. M., Mitglied des Preuß. Medizinalbeamtenvereins.

Königreich Bayern.

Ernannt: a. o. Prof. Dr. Hasselwander in Erlangen zum ordentlichen Professor und Direktor des dortigen anatomischen Universitätsinstituts, a. o. Prof. Dr. F. Hermann in Erlangen zum ordentl. Prof. und Leiter der histologischen Abteilung des Instituts, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. König in Würzburg zum ordentlichen Beisitzer des dortigen Medizinalkomitees.

In den Ruhestand getreten: Med.-Rat Dr. Seelos, Bezirksarzt in Markt Oberdorf, unter Verleihung des Verdienstordens vom heiligen Michael IV. Klasse mit der Krone.

Gestorben: Prof. Dr. Gerlach in Erlangen.

Königreich Württemberg.

Ernannt: Obermedizinalrat Dr. Camerer in Stuttgart zum Direktor der K. Heilanstalt Winnental, unter Belassung in seiner Stellung als Mitglied des K. Medizinalkollegiums; Oberarzt Dr. Daiber bei der K. Heilanstalt Weinsberg zum Direktor der K. Heilanstalt Zwiefalten.

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Eschle, Direktor der Kreispflegeanstalt in Finsheim.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt: der prakt. Arzt Dr. Peters in Jever (Oldenburg) zum Amtsarzt für Stadt und Amt Jever.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Die Bezirksarztstellen in **Griesbach, Wolfstein** und **Pegnitz.** Bewerbungen sind bei der für den Bewerber zuständigen Königlichen Regierung, Kammer des Innern, einzureichen.

31. Jahrgang; Nr. 22. Ausgegeben am 20. November 1918.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung erscheint diesmal nicht, sondern wird der nächsten Nummer als Doppelnummer beigefügt.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Roux** in Halle a. S. —; der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Ludwig**, Kreisarzt in Habelschwerdt und den a. o. Prof. **Eisler** in Halle a. S.

Ernannt: die Kreisassistenzärzte Dr. **Lenz** in Königsberg i. Pr. zum Kreisarzt in Berent, Dr. **Pieszezck** in Bialla zum Kreisarzt in Karthaus.

(Fortsetzung der Personalien auf der fünften Seite des Umschlags.)

31. Jahrg. 1918.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Anzeigen nehmen die Verlagshandlung sowie alle Anzeigenannahmestellen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 22.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Nov.

Ueber Sublimatvergiftung.

Von Kreisarzt Dr. Kramer-Wilhelmshaven, z. Zt. im Felde.

Der vom Kreisarzt Dr. Vollmer im vorigen Jahre in Nr. 19 dieser Zeitschrift veröffentlichte „Fall von Sublimatintoxikation von der Scheide aus“ und ihre Ergänzung von Prof. Dr. Walther-Gießen „zur Kasuistik der Sublimatintoxikation in der Geburtshilfe“ in Nr. 24 desselben Jahrganges haben mir Veranlassung gegeben, meine kreisärztliche Prüfungsaufgabe über „Gerichtsärztliche Beurteilung von Sublimatvergiftungen“ hervorzuholen, die 1902 abgefaßt in einer Nummer der „Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin“ ihre Veröffentlichung fand. Ich wies damals auf die vielen medizinalen Vergiftungsfälle mit Ausgang in Tod besonders bei der eine Zeitlang in der Geburtshilfe angewandten Heilmethode der Gebärmutter- oder auch nur Scheidenspülungen mit Sublimatlösungen selbst in starker Verdünnung hin. So konnte Kaufmann in einer[1]) Abhandlung 43 Todesfälle aus den Jahren 1884—1888 aus der Literatur zusammenstellen unter 55 Wöchnerinnen, die mit

[1]) Kaufmann: Die Sublimatintoxikation; 1888.

Gebärmutterausspülungen (1 : 4000) behandelt waren; Braun[2]) berichtet von 9 Todesfällen, Fleischmann[3]) sah nach zweimaliger Scheidenausspülung mit der gleich starken Lösung (1:4000) bereits eine tödliche Giftwirkung und Mäurer[4]) bei einer Frau nach nur einmaliger Scheidenirrigation schwere Intoxikationserscheinungen.

Das Sublimat ist ein heimtückisch wirkendes Gift selbst in den schwächsten Lösungen auf Schleimhäuten leicht resorbierbar. Es bedarf hierzu nicht einer wunden Fläche auf diesen. Bekannt in der Literatur ist jener Selbstmordfall[5]), wo jemand eine Sublimatlösung, die als Wanzenmittel verwandt werden sollte, zum Darmeinlauf gebrauchte; in einem anderen Vergiftungsfall war irrtümlicher Weise eine Ausspülung des Darmes statt mit essigsaurer Thonerdelösung mit einer solchen von Sublimat vorgenommen.

Die Literatur kennt auch Fälle von Sublimatvergiftung bei ärztlicher Anwendung; so teilen Anderseck u. Hamberger[6]) 2 Fälle von Vergiftung durch Anwendung von Sublimatsalbe gegen Krätze von Kurpfuschern verordnet mit; in einem anderen Falle machte die Solutio Plenkii[7]) — eine Mischung von Sublimat, Weingeist, Alaun und Kampfer, verwandt zur Aetzung von Condylomen, die schwersten Vergiftungserscheinungen. Ein Arzt tauchte seine Hände in eine starke Sublimatlösung zwecks Desinfektion; er wusch sich hinterher nicht in anderer Flüssigkeit und nach kaum 8 Stunden traten Vergiftungssymptome auf[8]).

Die Sublimatvergiftung kommt jedoch heutzutage als medizinale Vergiftung kaum noch vor, da das Sublimat als ein schweres Gift selbst in starken Verdünnungen erkannt ist. Als Mittel zum Selbstmord wird es schon öfters genommen, so berichtet Maschka[9]) von 2 Selbstmordfällen, Mogeli[10]) von einem Fall von Tod nach Verschlucken einer Sublimatpastille, Fagerlund[11]) von 3 Fällen von Selbstmord, in denen Subli-

---

[2]) Zur Verwendung des Sublimats bei Irrigationen in der Geburtshilfe. Wiener med. Wochenschrift; 1886, Nr. 21—24.

[3]) Fleischmann: Tötliche Sublimatvergiftung nach einer zweimaligen Scheidenausspülung. Zentralblatt fur Gynaekologie; 1886, Nr. 47.

[4]) Mäurer: Zur Sublimatintoxikation. Zentralblatt für Gynaekologie; 1884, Nr. 17.

[5]) v. Hofmann: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin; 8. Auflage.

[6]) Anderseck u. Hamberger: 2 Fälle von Sublimatvergiftung durch Salbe. Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin; Bd 1.

[7]) v. Hoffmann: Sublimatvergiftung nach Aetzung von Kondylomen mit Solutio Plenkii. Wiener med. Wochenschrift; 1890, Nr. 16.

[8]) Firgau: Gifte und stark wirkende Arzneimittel in gerichtlicher, medizinischer, hygienischer und gewerblicher Beziehung; 1901, S. 36.

[9]) Maschka: Zwei Fälle durch Sublimatvergiftung. Prager med. Wochenschrift; Nr. 5 und 6.

[10]) Mogeli: Fall von Sublimatvergiftung. Württembergisches Korrespondenzblatt; 1886, Nr. 9.

[11]) Fagerlund: Vergiftungen in Finnland in den Jahren 1880—1893. Vierteljahresschrift für ger. Medizin; 1894, Suppl. Band, S. 8.

mat als Pulver in Wasser gelöst per os genommen wurde, v. Hasselt[12]) von einem anderen Fall, wo nach Aufnahme von 10,0 Sublimat innerhalb 2 Stunden der Tod eintrat. Unter den Sektionsprotokollen der Jahre 1898—1902 des Krankenhauses Moabit fand ich vom Jahr 1899 2 Todesfälle von Sublimatvergiftung in selbstmörderischer Absicht herbeigeführt; in dem einen Fall hatte ein Kellner 18 Pastillen verschluckt, er erreichte sehr bald das Ziel. Unter den gerichtlichen Obduktionsprotokollen der Jahre 1898—1902, die im königlichen Institut für Staatsarzneikunde in Berlin aufbewahrt werden, fand ich 4 Fälle von Selbstmord durch Sublimat.

Zu Mordzwecken läßt sich Sublimat seines häßlichen Geschmackes wegen schwer beibringen; es müßte denn schon durch eine noch strenger schmeckende Substanz verdeckt werden, wie Taylor[13]) von einem Giftmord mit Sublimat in Whisky aufgelöst schreibt. Zu verbrecherischen Zwecken scheint früher Sublimat häufiger verwandt zu sein. Nach Sonnenstein und Claßen betrugen in den Jahren 1825—1849 die in Frankreich unter Anklage gestellten Fälle von Sublimatmord 5,35 % aller Giftmorde. Im Mittelalter war das Sublimat das gewöhnliche Gift. Fagerlund[11]) teilt mit, daß in Finnland früher Sublimat als weißes Pulver unter dem Namen Markkali — wohl aus Merkur entstanden — von hausierenden Schleichhändlern verkauft wurde, womit uneheliche Kinder umgebracht wurden.

Sublimat wird gelegentlich auch als Abortivum genommen; es sind mehrere Fälle in der Literatur von Firgau[8]) mitgeteilt, in denen der Ausgang ein tödlicher war.

Die Krankheitserscheinungen, die nach Einverleibung von Sublimat in den menschlichen Organismus auftreten, sind nach dem Ort der Einführung verschieden, sodann in der Reihenfolge der einzelnen Erscheinungen und ihrem Grade abhängig natürlich von der Höhe der einverleibten Giftdosis. Die Zeit bis zu ihrem Auftreten ist ebenfalls verschieden: Steffeck[14]) sah bereits 1 Stunde nach einer Scheidenausspülung von 1 Liter Sublimatlösung 1 : 5000 die Anfangssymptome der Vergiftung sich einstellen; Vöhts[15]) berichtet, daß bei einer Uteruseinspritzung 1 : 750 schon, nachdem $^2/_3$ der Flüssigkeit aus der Spritze eingeführt war, heftige Schmerzen im Leibe auftraten. Nach dem Verschlucken von Sublimat kommt es in den meisten Fällen alsbald zu brennenden Schmerzen im Munde, weiter in der Speiseröhre und im Magen; die Schleimhaut des Mundes schwillt an und rötet sich; Schluckbeschwerden können sich einstellen, gelegentlich auch Atembeschwerden,

---

[12]) v. Hasselt: Giftlehre; bearbeitet von Henkel. II. Band. S. 192.

[13]) Taylor: Die Gifte in gerichtlich medizinischer Beziehung; 1863, S. 357.

[14]) Steffeck: Ein Fall von Sublimatvergiftung mit tödlichem Ausgang. Zentralblatt für Gynaekologie; 1888, Nr. 5.

[15]) Vöhts: Ebenda; 1884, Nr. 31.

Heiserkeit bis zur völligen Aphonie, wenn eine Anätzung des Einganges zum Kehlkopf stattgefunden hat. Dann zeigen sich in baldiger Aufeinanderfolge Erbrechen von teils schleimigen, teils blutigen und bei tiefer gehenden Aetzungen mit Schleimhautfetzen durchsetzten Massen; es kann auch reines Blut erbrochen werden, wenn ein Gefäß angeätzt ist. Dann treten auch bald Durchfälle auf; wässrige, häufig blutig gefärbte Stühle werden unter heftigen Kolikanfällen entleert. Das Allgemeinbefinden des Vergifteten ist somit bald schwer verändert; die Temperatur sinkt häufig um mehrere Grade. Werden die Veränderungen der Mundschleimhaut nicht infolge der Aetzung bald stärker, so ist doch ein Zunehmen meist als das erste Zeichen der eingetretenen Resorption des Giftes bemerkbar. Die Schleimhautschwellung nimmt zu; die Lippen können eine blaurote Farbe annehmen; sie schwellen häufig unförmig an; am Zahnrande sieht man graugelblichen Belag sich deutlich entwickeln; auf reflektorischem Wege tritt Salivation auf, die manchmal eine enorme Höhe erreicht. Die Zunge schwillt an, an ihren Rändern entstehen durch Druck der Zähne diesen entsprechend sitzende Geschwüre, deren Grund einen schmierig gelblich grauen Belag zeigt. Schreitet die Entzündung noch weiter fort, so treten auf der ganzen Mundschleimhaut Geschwüre auf mit brandigem Zerfall. Die Zähne lockern sich und fallen aus; der Knochen wird mit ergriffen, er fällt der Nekrose anheim, kurz, es entwickelt sich ein Bild furchtbarer Gewebszerstörung unter Bildung eines asig stinkenden foetor ex ore. Nicht lange lassen Nierenaffektionen anf sich warten; der Urin wird spärlich gelassen, sieht trübe aus, hat Sediment, in dem mikroskopisch Zylinder aller Art gefunden werden. Schließlich tritt völlige Anurie ein, die zum Ausbruch eines urämischen Anfalls führen kann. Solch ein Kranker liegt kollabiert da mit kühler zyanotischer Haut, die mit klebrigem Schweiß bedeckt ist; die Herztätigkeit sinkt bedenklich; der Puls ist frequent und klein. Das Sensorium kann frei sein und bis zum Tode bleiben; in anderen Fällen tritt alsbald Coma ein und unter Konvulsionen erfolgt der Tod.

Das ist das Bild eines schwer Vergifteten, wie es sich innerhalb mehrerer Tage entwickeln kann. In den Fällen, wo sehr große Dosen einverleibt sind, kann der Tod nach $^1/_2$ Stunde oder einigen Stunden oder einem Tage erfolgen. Die Vergiftungserscheinungen sind dabei sehr heftig und stürmisch; die lokalen Veränderungen prägen sich noch nicht stark aus; es hat eine rasche Aufnahme des Giftes ins Blut stattgefunden. Zieht sich die Vergiftung einige Tage unter müßiger Entwicklung der Erscheinungen hin, so kann es vorkommen, daß diese in der Heftigkeit nachlassen, daß eine scheinbare Euphorie auftritt, die einige Tage anhält, bis dann plötzlich die schwersten Symptome einsetzen und rasch der Tod eintritt. Es können übrigens die einzelnen Organerkrankungen wechseln, Stomatitis und Salivation fehlen, ein Umstand, der eine schlechte Prognose

bieten soll; die Enteritis ist nur angedeutet, das konstanteste Krankheitssymptom ist die Nierenveränderung. Auf der Haut finden sich manchmal purpurähnliche Flecke und Geschwüre und Eiterbläschen, wo eben die Aufnahme des Giftes durch die Haut stattgefunden hat.

Von einer bestimmt toxisch oder letal wirkenden Dosis kann bei dem Sublimat eigentlich keine Rede sein. Die Pharmakologie setzt zwar als höchste Einzeldosis für den Erwachsenen 0,02, als höchste Tagesdosis 0,1 fest, als dosis letalis gilt 0,25 bis 0,5 g; Kunkel[16]) setzt sie schon auf 0,1. Der Gerichtsarzt muß aber wissen, daß geringere Mengen schon Vergiftungserscheinungen hervorrufen können. Es sind auch Fälle bekannt, wo noch größere Dosen fast kaum eine Wirkung hatten; es spricht da außer organischen Zufälligkeiten sicherlich die Idiosynkrasie eine Rolle mit. Bei einem Kinde wirkten 0,18 g Sublimat tödlich; dieselbe Dosis brachte auch einem Frwachsenen den Tod. Umgekehrt hatte ein Mann 6 g Sublimat verschluckt[17]); er wurde behandelt und genas. Ein anderer Mann hatte sogar 28,8 g Sublimat per os genommen und wurde durch ergiebiges Erbrechen gerettet. Krause[18]) berichtet von einem Fall, wo einer sich mit 2,0 Sublimat vergiften wollte; er genas trotz schwersterVergiftungserscheinung, nach dem ein Parotisabszeß inzidiert war; damit war wohl das Hauptdepot des Giftes entfernt. In Rimniew-Sarat (Rumänien), wo ich zurzeit weile, nahmen kürzlich (März 1918) 6 Dirnen, die als geschlechtskrank in ein Spital transportiert werden sollten, auf dem Bahnhof kurz vor dem Abtransport Sublimatpastillen; drei nahmen je 1 Tablette, 2 je 2 und eine 4 Tabletten à 0,5 g. 20 Minuten etwa nach der Einverleibung wurde ihnen allen Seifenwasser eingegeben, wodurch ein großer Teil des noch nicht ganz gelösten Sublimats wieder ausgebrochen wurde. Zwei Mädchen hatten dabei schon Blutbrechen. Im Spital, wo sie Aufnahme fanden, wurde sofort etwa eine Stunde nach der Einnahme des Giftes eine Magenspülung mit Milch bei allen Erkrankten vorgenommen, dann gab man ihnen rohes Eiweiß und Eisensulfat innerlich. Am nächsten Tage hatten 2 Dirnen, die mehr als 1 Tablette genommen hatten, Stomatitis, blutiges Erbrechen, blutigen Durchfall, bei den übrigen war der dünne Stuhl ohne blutige Beimengung. Nach 3 Wochen Bettruhe mit Diät und leichten Schwitzkuren wurden alle 6 als gesund entlassen. Schwere Nierenaffektionen sind nicht beobachtet; in 4 Fällen waren Eiweiß in mäßigen Mengen und vereinzelt auch Zylinder gefunden.

Bei den Sektionen von Leichen der Personen, die an Sublimatvergiftung gestorben sind, interessieren besonders die Veränderungen, die Mundhöhle, Speiseröhre, Magen, Dickdarm

---

[16]) Kunkel: Handbuch der Toxikologie; I, 1901, S. 189.

[17]) Kaufmann: Die Sublimatintoxikation. 1888.

[18]) Krause: Mitteilung eines Sublimatvergiftungsfalles. Ther. Monatsheft; 1901, Märzheft.

und Nieren bieten. Man sieht Anätzungen geringen, Zerstörungen recht erheblichen Grades, geringe Schwellung und Rötung der Schleimhaut in toto oder partiell, punktförmige Ekchymosenbildung hier und da, dann Wulstung der Schleimhaut, die in eine braunrote, breiige, schmierige Masse verwandelt sein kann. Die Wandungen des **Magens** sind stellenweise tief arrodiert, die Gefäße mit Gerinnseln gefüllt; an einzelnen Stellen ist das Epithel völlig abgelöst, an anderen hängen noch einzelne Schleimhautfetzen; an noch anderen ist die Magenwand durchbrochen, der Inhalt hindurchgetreten und hat zur Anätzung benachbarter Organe geführt. In solch schwerem Entzündungszustande fühlt sich die Magenwand lederartig fest an, ihre starre Form fällt auf sowie die bleigraue Farbe. Auf den Geschwüren sitzen häufig rundlich abgesprengte Schorfe von schwärzlich grauer Farbe; die Höhe der zur Cardia hinziehenden Schleimhautwulsten nehmen ganze Verschorfungen ein, die auch hellgelblich gefärbt sein können und sich manchmal bis an den unteren Teil des Oesophagus verfolgen lassen, wo sie sich allmählich in eine stark injizierte dunkelblaurote im ganzen geschwellte Partie der Schleimhaut verlieren und zuletzt noch als gelbgrünliche dünne Streifen in Längsrichtung erkennbar sind. Am Pylorus sind diese schweren Schorfbildungen häufig am stärksten ausgeprägt; sie reichen nur selten in den Zwölffingerdarm hinein, wie überhaupt der Dünndarm bei der Sublimatvergiftung bis auf seinen unteren Teil wenig Veränderungen zeigt. Sekundär, d. h. nach stattgefundener Resorption des Giftes, findet man die schwersten und konstantesten Affektionen im Colon, Rectum und weiter in den Nieren. Im **Darm** sind es schwere Entzündungsformen, die nach Charakter und Sitz denen der Dysenterie gleichen. In den frischeren rasch zu Tode kommenden Fällen sieht man nur starke Rötung der Schleimhaut häufig allein des Dickdarms Bei stärkerer Resorption des Giftes kommen bald Haemorrhagien; es sind tief dunkelrote, umschriebene Flecke, in deren Zentrum die Schleimhaut bald grau getrübt erscheint, bald lagern sich diphtheritische Belage in diese haemorrhagischen Stellen, die dann anfangen zu verschorfen. Bei langer Krankheitsdauer können so ganze Darmabschnitte ein nekrotisches Gebiet darstellen, das ursprünglich durch seine Starrwandigkeit auffällt. Diese Nekrosen, die stets nur Vorsprünge im Darm, die Taenien und Scheidewände der Haustra einnehmen und ganz normale, vielleicht nur eben gerötete Schleimhautschlitzen zwischen sich freilassen, können sich in späteren Stadien in Fetzen und Strängen abstoßen; es entstehen tiefe Substanzverluste mit sinuös unterminierten Rändern, die manchmal bis auf die Serosa reichen, an Größe, verschieden, häufig ganz rund wie mit dem Locheisen herausgeschlagen aussehen. Die mikroskopische Untersuchung der verschorften brandigen Darmpartien ergibt außer einem völligen Untergang der Mucosa und Muscularis mucosae, Verbreiterung und ödematöser Schwellung der Submucosa, außer Blutaus-

tritten zwischen dieser und der Muscularis des Darmes in manchen Fällen einen besonders wichtigen Befund: Man sieht nämlich in den Submucosagefäßen dunkelbraune oder schwärzliche, körnige Niederschläge, die zuerst Heilborn[19]) beobachtete, die Marchand[19]) für Quecksilberalbuminatkrystalle hält und Falkenberg[20]) als Schwefelquecksilberniederschlag ansprechen möchte.

Die Sublimatenteritis reicht selten weiter als eine Handbreit über die Bauhinsche Klappe hinaus, nekrotische Geschwüre sind bisher in ausgesprochenem Maße im Dünndarm nicht beobachtet worden.

Was die Nierenveränderungen bei der Sublimatvergiftung angeht, so fand ich in allen mir zur Einsicht gekommenen Sektionsprotokollen solche mitgeteilt; es ist wenigstens das Bild der akuten, parenchymatösen Entzündung mehr oder minder ausgesprochen vorgefunden. Die Nieren sind vergrößert und schlaff; auf dem Durchschnitt fällt der vermehrte Blutgehalt vielfach auf. Bemerkenswert ist der Unterschied zwischen Mark und Rindensubstanz: Die Rindensubstanz ist mehr oder minder stark getrübt und verbreitet, in schweren Fällen sieht sie wie gekocht aus, lehmfarbig; die Markkegel sind dunkelrötlich, die Papillen und Spitzen häufig rötlich-braun, dann aber treten in der Rindensubstanz in vielen Fällen sehr zahlreiche, gelblich opak wie verwaschende aussehende Punkte auf, die sich aneinander zu graden und auch geschlängelt verlaufenden Streifen von gleicher Farbe anreihen. Dahl[21]) ließ Nierenstückchen mit solchem Aussehen trocknen und fand dann, daß diese Streifen eine weiße Farbe und kreidiges Aussehen angenommen hatten und statt einzelner Punkte zahlreiche weiße Körner frei auf der Oberfläche lagen. Sehr selten wird die Streifung auch in der Marksubstanz bemerkt. Es handelt sich bei diesem Befunde um Nekrose des Epithels der Harnkanälchen mit Kalkablagerungen und zwar sind die gewundenen Kanälchen der Hauptsitz dieses Prozesses; hier sieht man mikroskopisch die Epithelien zu scholligen Massen umgewandelt, von der Wand abgelöst, so daß diese nur noch an einzelnen Stellen aus der Membrana propria besteht. Die Schollen sind nicht immer auf weite Strecken verkalkt; man findet zwichen je 3—8 zusammenliegenden Verkalkungen enthaltenden Harnkanälchen auch solche ohne Verkalkung, wo noch Reste von Epithelbesatz vorhanden sind, deren einzelne Epithelien degenerative Veränderungen zeigen, teils Schrumpfung des Protoplasmas der Zellelemente, Veränderung des Kerns verschieden intensiv, Vermehrung des Zell-

[19]) Marchand: Histologische Veränderungen des Darmes bei Sublimatvergiftung. Virch. Archiv; CXXIII, H. 3, S. 587.

[20]) Falkenberg: Ueber die angebliche Bedeutung intravaskulärer Gerinnungen als Todesursache bei Vergiftungen durch Sublimat etc. Virch. Archiv; Bd. CXXIII, S. 567.

[21]) Dahl: Anatomischer Nachtrag zu den Vergiftungsfällen von Sublimat des Prof. Stadtfeld. Zentralblatt für Gynaekologie; VIII, S. 195.

volumens, Trübung der körnigen Beschaffenheit des Protoplasmas mit Schwellung und Entfärbung des Kernes. Die geraden Kanälchen sind gewöhnlich intakt oder sie zeigen streckenweise das Bild trüber Schwellung.

Die Entstehung dieser Nierenveränderungen — Epithelialnekrose und Kalkablagerung — hat man verschieden zu erklären gesucht. Die Kaufmannsche Theorie der intravitalen Gerinnung und Thrombosierung des Blutes als Ursache der anatomischen und funktionellen Störungen bei Sublimatvergiftung ist wohl verlassen; denn Sublimat ist kein sogenanntes Blutgift; die Thrombosierungen können allein den ganzen Prozeß der Nekrose als anämische Nekrose nicht erklären. Die Harnepithelien fallen der Nekrose anheim, weil durch sie das Quecksilber aus dem Blut ausgeschieden wird. Der hohe Quecksilbergehalt, der bei Sublimatvergiftung in den veränderten Nieren immer gefunden wird, weist direkt auf die Erklärungsart hin. Sind aber die Epithelien erst schwer verändert, so kann eine Kalkablagerung stattfinden. Wir wissen, daß den Harnepithelien und namentlich den der gewundenen Harnkanälchen in normalem Zustande eine spezifische Drüsentätigkeit zukommt; sie scheiden aus dem Blute gerade die eigentlichen Harnbestandteile Harnstoff und Harnsäure aus und machen das Harnwasser sauer; sind nun die Epithelien dieser Tätigkeit mehr oder minder beraubt, und das müssen sie sein, wenn sie nekrotisch werden, so kann das Harnwasser nicht sauer oder wenigstens nicht so sauer werden, daß der normal bei den Fleischfressern im Blut stets zirkulierende und ständig den Nieren zugeführte Kalk in Lösung bleibt; er schlägt sich teils auf die veränderten Epithelien nieder oder lagert sich, wenn diese bereits fehlen, im Lumen ab. Der Kalk wird daher noch fast ausschließlich in den gewundenen Harnkanälchen gefunden; die Epithelien der geraden entbehren solcher Tätigkeit und in den Glomerulis kann deshalb der Kalk noch nicht zur Ausscheidung gelangen, weil das Glomerulusfiltrat reines Blutfiltrat darstellt und immer alkalisch reagiert.

Diese Falkenberg-Marchandsche Theorie erscheint die plausibelste. Eine Rolle spielen natürlich auch die Blutdrucksverhältnisse. Die Frage, wann es zu Kalkablagerungen in den Nieren kommen kann, muß abhängig gemacht werden einmal von der Höhe der Giftdosis und des Blutdruckes und dann von der Größe des Kalkgehaltes des Blutes und des Umfanges der bereits vorher sich einstellenden Epithelialnekrose.

Die pathologischen Organveränderungen, wie oben beschrieben, sind nun durchaus nicht charakteristisch für Sublimatvergiftung. Aehnliche Darmveränderungen findet man auch bei Dysenterie, schweren sonstigen septischen Prozessen, Phlegmonen, Erysipelen; Kalkablagerungen in den Nieren werden auch nach Einnehmen anderer Substanzen in den Organismus beobachtet wie Glyzerin, Aloe, Bismuthum subnitricum Veratrin[8]), ferner in geringen Mengen nach Phosphor, chromsaurem Kali

und Arsengebrauch[22]) Von Bedeutung und wissenswert für den Gerichtsarzt ist die von Straßmann[23]) gemachte Beobachtung, daß Sublimat in akuten Vergiftungsfällen als Quecksilber auf den Foetus übergehen kann. „Wie an anderen Teilen des Körpers kann es auch an der Placenta zu schweren Gewebsveränderungen bei der Sublimatintoxikation kommen und diese so veränderten Stellen sind es, vom dem das Sublimat in die ihm sonst verschlossenen, foetalen Räume übergeht".

Das meiste Quecksilber wird bei der Sublimatintoxikation durch die Faeces ausgeschieden; es kann daher in ihnen nachgewiesen werden. Ebenso ist Quecksilber leicht und regelmäßig im Harn nachweisbar, es handelt sich jedoch nur um kleine Bruchteile eines Milligramms in einem Liter. Als Ausscheidungsorte im Organismus kommen für Quecksilber hauptsächlich der Dickdarm, dann die Nieren und die Leber[24]) in Betracht. Das Quecksilber hält sich in der Leber post mortem noch recht lange. In einem Exhumierungsfall war es nach einem Jahre noch nachzuweisen[25]); anderseits wird es noch sehr lange Zeit nach der Einfuhr in den Knochen als Metall nachgewiesen.[26])

Die interessante Frage, ob Mord oder Selbstmord in einem Vergiftungsfall mit Sublimat vorliegt, kann dadurch einer leichteren Entscheidung zugeführt werden, daß eventuell auffindbare Flecke von Sublimat oder noch besser Sublimatpastillenlösung in Kleidern des Vergifteten oder einer dritten Person auf das nachzuweisende Gift zur Untersuchung gelangen. Ich habe nach dieser Richtung seiner Zeit Versuche angestellt, Tropfen, die von einer bekannten wässerigen Lösung Sublimat und Sublimatpastillen und Auflösung in Kognak oder Kaffee stammten, auf leinene und wollene Kleidungsstücke gebracht, 14—20 Tage eintrocknen lassen und gefunden, daß die rote Eosinfarbe der Pastillen auf Leinen und hell gefärbten wollenen Stücken sich wochenlang hält; auf dunklen Stoffen sieht man bei seitlicher Beleuchtung einen deutlich rötlichen Schimmer. Ein Stück Leinen mit Flecken trug ich 14 Tage auf der Haut, die rote Farbe veränderte sich nicht. Der qualitative Nachweis auf Quecksilber fiel nun bei allen alten Flecken positiv aus, auf Betupfen mit Schwefelwasserstoffwasser trat Schwefelquecksilber durch deutliche Schwarzfärbung auf; auf Betupfen mit Kalilauge Quecksilberoxyd durch Gelbfärbung und

[22]) Neuberger: Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie; 27. Bd., S. 49.

[23]) F Strassmann: Durchgang des Sublimats durch den Placentakreislauf. Archiv für Physiologie; 1901, Suppl. Bd. S. 439.

[24]) Ludwig: Ueber die Lokalisation von Hg. im tierischen Organismus nach Vergiftungen mit Aetzsublimat. Wiener med. Wochenschrift; 1890, Nr. 28—32.

[25]) Schulz: Quecksilber und Intoxikation. Eulenb. Real-Enzyklop. 2. Aufl., Bd. 16.

[26]) Virchov: Ueber das Vorkommen von Quecksilber in den Knochen. Virch. Archiv; Bd. 18, S. 364.

bei Anfeuchten mit Jodkaliumlösung Quecksilberjodid durch Rotfärbung. Um sicher zu gehen, d. h. um zu entscheiden, daß diese Färbungen nicht etwa durch die Farbe der einzelnen Stoffe hervorgerufen wurden, kochte ich die einzelnen Proben aus. In die Flüssigkeit wurde Schwefelwasserstoffgas geleitet; der entstandene Niederschlag alsdann auf einem Filter gesammelt, ausgewaschen und mit verdünnter Salpetersäure zu lösen versucht. Da dies nicht gelang, wurde der Niederschlag mit Wasser verdünnt und zur Verjagung der überschüssigen Säure aufgekocht. Auf Zusatz von Zinnchlorürlösung entstand dann sofort bei allen Proben ein schwarzer Niederschlag, „metallisches Quecksilber".

Die Frage, ob aus der in einem der Flecke oder auch in der Gesamtmenge der Flecke gefundenen Quantität Sublimat ein Schluß auf die verwendete Giftmenge oder auf die Konzentration der ursprünglichen Lösung zu ziehen möglich sei, wurde s. Z. von Thomas verneint. „Dagegen läßt sich die Natur des Farbstoffes in den Sublimatpastillen in wässrigem und alkoholischem Auszuge sehr wohl spektroskopisch nachweisen. Der Nachweis von Eosin oder Fuchsin, die zur Färbung der Pastillen genommen werden, dürfte sich relativ einfach gestalten; doch ist bei den in Betracht kommenden geringen Mengen von Farbstoff eine Identifizierung desselben auf chemischem Wege nicht möglich."

Ich habe in meiner Arbeit Sublimat als in die Reihe der schweren Gifte gehörig bezeichnet. Die Medizin hat sich seit den traurigen Erfahrungen, die sie gemacht, mit Recht immer mehr von dem Sublimat abgewandt; es kommt heutzutage Sublimat nur noch als Desinfektionsmittel in Anwendung. Deshalb ist man auch in Preußen und den meisten anderen deutschen Bundesstaaten davon abgegangen, den Hebammen in ihrer Praxis Sublimat als Desinfektionsmittel vorzuschreiben, nur in Sachsen, Hessen und Oldenburg ist ein solches Verbot meines Wissens noch nicht eingeführt. Die Heeresverwaltung, die früher in den Einzelverbandpäckchen Sublimatgaze und Watte verwandte — so viel mir bekannt getränkt in einer Lösung 1 : 1000 — ist wegen Vorkommens von Hautaffektionen wahrscheinlich meistens idiosynkratischer Art davon abgekommen. Um so mehr wundere ich mich über das Vorgehen Hellers,[27]) der Sublimatumschläge ($^1/_2$ bis $1\,^0/_{00}$) bei der Behandlung der in letzter Zeit so häufig auftretenden Trichophytie warm empfiehlt; gerade bei dieser Hautkrankheit sind Tür und Tor für eine schnelle Resorption des Sublimats von der Haut aus geöffnet. Ich halte deshalb diese Behandlung auf Grund der gemachten Mitteilungen über die Giftigkeit des Sublimets für recht gewagt.

---

[27]) Heller: Erfahrungen mit der medikamentös-chirurgischen Behandlung der Trichophytie. Med. Klinik; 1918, Nr. 16.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die vom 5 - 7. September d. J. in Cöln a. Rh. abgehaltene Hauptversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

Die Versammlung war die erste während der Kriegszeit und trotz der obwaltenden Umstände verhältnismäßig gut besucht. Den Vorsitz führte Prof. Dr. Heim-Erlangen.

Erster Sitzungstag am Donnerstag den 5. September.

Den Hauptgegenstand der Verhandlung bildete an diesem Tage:

Neue Ziele und Wege der öffentlichen Gesundheitspflege.

Der erste Berichterstatter, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Kruse**-Leipzig, hatte seinen Ausführungen nachfolgende Leitsätze zugrunde gelegt:

I. Erhaltung und Stärkung der Erzeugten.

(Oeffentliche Gesundheitspflege im engeren Sinne.)

1. Verminderung der Fehl-, Früh- und Totgeburten und der nicht lebensfähig Geborenen (jährlicher Verlust 400–500000).

Hauptursachen: Fruchtabtreibung, Syphilis, enges Becken (Rachitis), berufliche Tätigkeit der Frau während der Schwangerschaft, mangelhafte Geburtshilfe.

Abhilfe: Strafrechtliche und polizeiliche Maßnahmen gegen die Fruchtabtreibung sind nicht zu entbehren, genügen aber nicht; die Bevölkerung muß zur höheren Wertung des kindlichen Lebens erzogen werden. Im weitesten Umfange sind zugleich Fürsorgemaßnahmen nötig zum Schutz der Schwangeren und Gebärenden, namentlich der unehelichen: (Mutterschutz (vergl. unter I, 2 und II, 1), Verbesserung der Geburtshilfe, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (I, 6) und der Rachitis (I, 3).

2. Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit (jährlicher Verlust 280—360000).

Hauptursachen: Mangelhafte Stilltätigkeit und sonstige Kinderpflege. Schlechte soziale (proletarische) Verhältnisse. Gewerbliche Arbeit der Frau. Ungünstige Lage der unehelichen Mütter und Kinder.

Abhilfe: Die Stillpflicht gesetzlich festzulegen, würde nicht viel helfen, wohl aber ist durch Belehrung und Unterstützung auf alle Weise das Stillen zu befördern. Unterweisung der Mädchen in Säuglingspflege und Haushaltungskunde (I, 5). Verbot der gewerblichen Frauenarbeit außer dem Hause in den ersten 6 Monaten nach der Entbindung. Mutterschaftsversicherung, am besten mit der Krankenversicherung zu verbinden und auch auf die nicht versicherten Ehefrauen auszudehnen. Festlegung und Ausbau der Reichswochenhilfe. Mütterberatungsstellen, Berufsfürsorgerinnen, Mütter- und Säuglingsheime. Besserer Schutz der Unehelichen.

3. Kleinkinderfürsorge.

Hauptschäden: Zum Teil noch ähnliche Verhältnisse wie im Säuglingsalter. Ungesunde Wohnungen machen sich beim spielenden Kinde am meisten bemerkbar. Ansteckende Krankheiten (Verlust im ganzen 60000, im Kleinkindesalter 30000). Englische Krankheit (Rachitis).

Abhilfe: Ausdehnung der Säuglingsfürsorge auf die kleinen Kinder, der Krankenversicherung auf die Familie. Kinderkrankenhäuser. Schaffung von gesunden Wohnungen, die dem Kinde reichliche Bewegung im Freien ermöglichen und die zu starke Zusammendrängung in kinderreichen Familien verhüten. Krippen, Kindergärten und Kleinkinderspielplätze unter öffentlicher Aufsicht.

4. Schulkinderfürsorge.

Schäden: Trotz im allgemeinen günstiger Sterblichkeit wirken neben ansteckenden Krankheiten insbesondere schlechte Ernährung und Wohnung schädigend auf die Entwicklung und Gesundheit.

Abhilfe: Wohnungsreform. Ausbau der Krankenversicherung und Schulgesundheitspflege. Allgemeine Einführung der Schulärzte und Schulschwestern. Schulspeisungen. Turn- und Spielplätze.

5. Jugendfürsorge.

Schäden: Die Hälfte der Todesfälle in diesem Alter fällt auf die Tuberkulose. Ueberanstrengungen durch zu lange und einseitige Beschäftigung in Beruf und Schule. Körperliche und sittliche Verwahrlosung oder Verweichlichung der Jugend.

Abhilfe: Vorbereitung für den Wehr- und Nährdienst durch körperliche und sittliche Ertüchtigung. Schul- und gewerbehygienische Fürsorge. Allgemeine Einführung der Fortbildungsschule, auch für das weibliche Geschlecht in Stadt und Land. Beschränkung der Freizügigkeit und Sparzwang.

6. Erwachsenenfürsorge.

Schädigung durch den Krieg, im Frieden durch die städtischen Berufe, insbesondere die Schwerindustrie und die gewerbliche Arbeit der verheirateten Frau. Tuberkulose (Verlust im ganzen gegen 100000, im Alter von 14—60 Jahren 70000) und andere Lungenkrankheiten, Geschlechtskrankheiten und Alkoholismus.

Abhilfe: Fürsorge für die Kriegsbeschädigten. Ausbau der Gewerbehygiene. Arbeits- und Wohnungsreform, die allen Bürgern Freude an Familie und Heim schafft. Der Kampf gegen Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten ist wesentlich durch Fürsorge für Gefährdete und Erkrankte zu führen. Verhütung des Alkoholmißbrauchs.

II. Bekämpfung des Geburtenrückgangs.

(Bevölkerungspolitik.)

Der Geburtenrückgang hat auch bei uns schon vor dem Kriege in erschreckendem Maße zugenommen; im Jahre 1914 wurden nur noch 27,6 ‰ Kinder geboren, 1904 noch 35,2, 1894: 37,1, 1884: 38,7, 1874: 41,8, 1864: 39,4. Den drohenden Rassenselbstmord zu bekämpfen, ist nach den Erfahrungen des Krieges selbstverständliche Aufgabe der Volksgesundheitspflege. Wenn es gelänge, die Geburtenziffer wieder um 12 ‰ zu steigern, betrüge der Gewinn 800000 Menschenleben jährlich.

Ursachen: 1. Freiwillige Beschränkung der Kinderzahl, befördert

a) durch die allgemeine Bekanntschaft mit den Mitteln zur Verhütung der Empfängnis,
b) durch die Erkenntnis, daß die Beschränkung der Geburten oft nützlich ist für die wirtschaftlichen und gesundheitlichen Verhältnisse der Familie,
c) durch die Wanderung der ländlichen Bevölkerung in Städte und Großstädte, in denen sich die genannten Bedingungen besonders bemerkbar machen.

2. Höheres Heiratsalter.

3. Durch Geschlechtskrankheiten erworbene Unfruchtbarkeit.

Abhilfe: Polizeiliche Maßnahmen gegen die Anpreisung und Verbot des Verkaufs gesundheitsschädlicher empfängnisverhütender Mittel, sowie Warnungen vor Genußsucht und Luxus sind unzulänglich. Nötig ist es, die Freude an der Familie und am eigenen Heim zu wecken. Familiengründung und Kindererzeugung müssen vaterländische Pflichten werden, wie der Wehrdienst des Mannes und der Nährdienst der Frau. Das ist nur zu erreichen durch umfassende Unterstützung der Familien (Kinderversicherung, Wohnungszuschüsse) und absichtliche Benachteiligung der Junggesellen und kinderarmen Ehepaare durch Besoldung (?), Besteuerung, Erbrecht, Beiträge zur Kranken- und Kinderversicherung, die zugleich mit Monopolen und Luxussteuern das nötige Geld aufzubringen haben. Hand in Hand damit müssen gehen Wohnungsreform, innere und äußere Kolonisation, Verhütung der Landflucht, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

III. Verbesserung des Nachwuchses.

(Rassenhygiene - Eugenik)

Gefahren: Entartung durch Krankheiten aller Art, namentlich Syphilis, Tuberkulose, Alkoholismus, Rachitis und durch Rassenmischung Auslese der geistig und körperlich Schwachen durch den Krieg und Erleichterung des Kampfes ums Dasein im Frieden durch besonders starke Geburtenbeschränkung in den gehobenen und gebildeten Ständen.

Abhilfe: Volksseuchen und Volkssünden sind zu bekämpfen, die Ein- und Auswanderung zu überwachen. Ueber der Unterstützung der Unbemittelten und Städter ist der Schutz des Mittelstandes und der Landbewohner nicht zu vergessen. Ein Ausgleich der Verluste scheint auch sonst möglich, ja wahrscheinlich durch die wiederbelebenden Kräfte der Natur und viele Einrichtungen der Kultur (weit geringere Sterblichkeit, Ausmerzung ungesunder und gesellschaftfeindlicher Volksglieder durch Einschließung in Anstalten). Vorläufig ist kaum etwas zu erwarten von Unfruchtbarmachung und Eheverboten bei Geisteskranken und Verbrechern, mehr vielleicht von der Einführung von Gesundheitszeugnissen und der freiwilligen Rassenhygiene bei Eheschließungen.

IV. Allgemeine Kennzeichnung der nötigen Maßnahmen.

Fast auf allen Gebieten sind schon mehr oder weniger glückliche Verbesserungsversuche gemacht worden, es fehlt aber an ihrer allgemeinen und folgerichtigen Durchführung. Reich, Staat und Gemeinden haben sich weit mehr als bisher in den Dienst der öffentlichen Gesundheitspflege zu stellen. Nötig wäre die Errichtung von selbständigen Reichsämtern und Staatsministerien für Gesundheit und Wohlfahrt. Ihnen entsprächen Fürsorge- (Gesundheits-) Aemter in der Selbstverwaltung. Die Selbstverwaltungskörper sind durch viel reichlichere Staatsunterstützungen als bisher üblich leistungsfähig zu machen. Die Leitung der Fürsorgeämter soll der Hauptsache nach in der Hand von Kreis-, Stadt- und Kommunalärzten liegen. Die Einzelarbeit liegt den Fürsorgeärzten ob, für deren Vor- und Fortbildung Einrichtungen an den Universitäten zu schaffen sind.

Durch Aerzte und Militärärzte, Lehrer und Geistliche, örtliche und umfassendere Vereine, durch das gesprochene Wort, Druckschriften und bildliche Darstellungen ist die Bevölkerung über die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege und die hygienischen Pflichten der Staatsbürger aufzuklären. Der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege ist der gegebene Mittelpunkt für diese Bestrebungen.

Der zweite Berichterstatter, Prof. Dr. **Krautwig,** Beigeordneter in Cöln, hatte seine Ausführungen ebenfalls in Leitsätze zusammengefaßt, und zwar mit folgendem Wortlaute:

1. Die soziale Hygiene hat durch ihre wissenschaftlichen und praktischen Leistungen ihre Berechtigung als Sonderdisziplin der Hygiene erwiesen.
2. Charakteristisch für die Arbeit der sozialen Hygiene ist die Prüfung der Gesundheitsgefährdung ganzer Bevölkerungsgruppen, die durch Herkunft, Wohnung, Beruf und durch dieselben Lebensgewohnheiten gleichen Schädlichkeiten ausgesetzt sind.
3. Aus dieser Prüfung folgt die wesentliche Abhängigkeit bedeutsamer Gesundheitsschäden von wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lebensbedingungen. Daraus folgt die Notwendigkeit engster Zusammenarbeit sozialer und hygienischer Therapie.

   Eigenartig für die soziale Hygiene ist ihre praktische Kleinarbeit (Wohlfahrtstätigkeit, Fürsorgewesen), deren Träger in der Hauptsache Wohlfahrtsämter, Stadtärzte, Kommunalärzte und Fürsorgeschwestern sind.
4. Die Hauptarbeitsgebiete der sozialen Hygiene umfassen:
   - die Fragen der Bevölkerungspolitik (Produktion des Nachwuchses, Rassenhygiene);
   - den Schutz besonders gefährdeter Lebensalter: Säuglings-, Kleinkinder-, Schulkinder-, Jugendlichenfürsorge;
   - den Schutz besonders gesundheitsgefährdeter Berufstätigkeit: Mutterschutz, Gewerbehygiene;
   - den Schutz besonders exponierter Volksklassen gegen Massenerkrankungen wie Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten. Alkoholismus.

   Mit all diesen Fragen steht in engstem Zusammenhang und ist darum auch Gegenstand der Sozialhygiene

   a) die Beeinflussung des Gesundheitszustandes durch die Wohnung. Darum: Wohnungsfrage, Wohnungsämter, städtische und ländliche Siedlung;

b) Krankenfürsorge, Krankenhauswesen, die Hilfe der Armengesetzgebung, Caritas, freiwillig und behördlich organisierte Wohlfahrtspflege;
c) die soziale Versicherungsgesetzgebung und ihre Hilfsmittel.

5. Die nach Größe und Bedeutung aktuellsten Arbeiten der heutigen Hygiene sind: Säuglings- und Mutterschutz einerseits, Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit anderseits. Beide Aufgaben sind ohne vorwiegend sozial-hygienische Durchforschung und sozial-hygienische praktische Arbeit nicht zu lösen.
6. Der tatsächlichen Bedeutung der Sozialhygiene entspricht die Forderung, daß die Aerzte systematisch in ihr unterwiesen werden. Es bedarf dazu nicht nur einer gelegentlichen theoretischen Behandlung während des medizinischen Studiums, sondern einer mehrmonatlichen theoretischen und praktischen Einführung in die Tätigkeit größerer gut eingerichteter Fürsorgeämter (s. Vorschläge Gottstein in öffentlicher Gesundheitspflege 1917, Heft 9).

   Dringend erwünscht ist die staatliche Einwirkung auf die allgemeine Einführung einer zweckmäßig organisierten Wohlfahrtsarbeit in Stadt und Land; eine starke finanzielle Unterstützung leistungsschwacher Verbände durch den Staat; eine der hohen Bedeutung ärztlicher und gesundheitlicher Arbeit entsprechende selbständige sachverständige Zentralverwaltung (Gesundheits- und Wohlfahrtsministerium) in Reich und Staat.

Der dritte Berichterstatter, Prof. Dr. **Pröbsting**-Cöln erstattete als ständiger Sekretär des Vereins einen Bericht über dessen bisherigen Bemühungen um die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitspflege. In den 45 Jahren seines Bestehens hat sich der Verein hauptsächlich und immer von neuem mit drei großen Arbeitsgebieten umfaßt: der Bau- und Wohnungshygiene, der Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung und endlich der Hygiene der Nahrungsmittel; diese Beratungsgegenstände standen durchschnittlich je etwa 30mal zur Verhandlung. Eine wesentliche Erweiterung der Aufgaben des Vereins brachten die gewaltigen Entdeckungen Robert Kochs und seiner Schüler. Mit ihnen tritt auch der Mensch in das Arbeitsfeld der Hygiene ein; er ist nicht mehr ausschließlich hygienisches Subjekt, sondern wird zugleich zum hygienischen Objekt. Nicht die Umwelt infiizert den Menschen, sondern der Mensch infiziert die Umwelt. Nunmehr wird die Bekämpfung der Infektionskrankheiten zu einer wichtigen Aufgabe des Vereins, was in der großen Zahl der über diesen Gegenstand erstatteten Referate (18) deutlich zum Ausdruck gelangt. Aber auch außerdem gibt es kein Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege, das nicht auf den Versammlungen eingehend behandelt worden ist. So finden wir die Schulhygiene (mit 9 Berichten), die Desinfektion, die Badehygiene, die Schiffs- und Eisenbahnhygiene, die Rauchbelästigung, die Flußreinigung usw. vertreten. Zu diesen Verhandlungspunkten tritt jetzt endlich noch die soziale Hygiene, die entsprechend ihrer Wichtigkeit in Zukunft eine besonderen Beachtung verlangt

Im Anschluß an diese drei Vorträge fand dann die Beratung über einen vom Ausschuß gestellten Antrag auf **Aenderung der Satzungen** statt, der eine Erweiterung der Vereinsziele auf der sozialhygienischen Seite bezweckt und über deren Ergebnis bereits in Nr. 18 dieser Zeitschrift, Seite 413 unter Tagesnachrichten berichtet ist.

Zweiter Sitzungstag, Freitag, den 6. September.

Auch an diesem Tage stand nur ein Gegenstand:

Die Wohnungsfrage nach dem Kriege

zur Beratung. Die beiden Berichterstatter Dr. Kuczynski, Direktor des statistischen Amtes Schöneberg-Berlin und Stadtbaurat Dr. Schmidt, Beigeordneter in Essen a. R., hatten gemeinschaftlich die folgenden Leitsätze aufgestellt:

1. Die großstädtischen Wohnungsverhältnisse haben sich in den letzten Jahrzehnten vor dem Kriege etwas gebessert. Im Kriege ist durch den Verzicht auf Abbrüche bei mangelhafter Instandhaltung, teilweise auch durch starken Zuzug eine Verschlechterung eingetreten.
2. Das Wohnungsangebot ist in den letzten Jahren vor dem Kriege infolge

des Versagens der privaten Bautätigkeit immer knapper geworden. Im Kriege ist zunächst eine vorübergehende Besserung eingetreten; gegenwärtig herrscht in zahlreichen Städten eine empfindliche Wohnungsnot; endet der Krieg nicht bald, so droht starke Obdachlosigkeit noch während des Krieges.

3. Der Wohnungsbedarf richtet sich nach der Zahl der vorhandenen Haushaltungen. Diese ist im Kriege viel weniger gestiegen als vor dem Kriege, sie wird aber bei Friedensschluß sprunghaft in die Höhe gehen und dann den Wohnungsbedarf noch ungeheuer steigern.
4. Die Maßnahmen zur Abhilfe des Wohnungsmangels dürfen nicht zu einer dauernden Verschlechterung unseres Wohnwesens führen. Zwingt die Wohnungsnot zur Herstellung von Unterkunft in sonst unzulässigen Dach- und Kellerwohnungen, Gelassen aller Art, Baracken oder Massenquartieren, so darf diese Notunterkunft nur auf einen beschränkten Zeitabschnitt zugelassen werden.
5. Der Wohnungsmarkt belasteter Orte ist mittels Staats- und Kleinbahnen zu erweitern in dem Bestreben, den Weg zwischen Arbeits- und Wohnstätte möglichst abzukürzen, z. B. durch Einrichten besonderer Haltestellen in Großbetrieben, bei gestaffelter Arbeitszeit.
6. Der Abbau des Kriegsheeres ist so zu regeln, daß Arbeitskräfte der Baustoffindustrie und des Bauhandwerks auf Anforderung vorweg entlassen werden, und der Zuzug zu Orten höchster Wohnungsnot nur bedingt gestattet wird.
7. Die Ueberteuerung infolge der angespannten Baustoffpreise, mangelnden und teueren Arbeitskräfte muß möglichst aufgehoben werden:
   a) durch weitere gründliche Reform der Bauvorschriften unter Annahme eines solideren Bauens wie bisher, einer gesunderen Umgebung und einer gut organisierten Feuerwehr;
   b) durch Verbilligung der Anliegerbeiträge als Maßnahme des Straßenbauprogrammes und insbesondere des Bebauungsplanes. Dabei ist eine wirtschaftliche Parzellierung auch unter Loslösung von der Bauflucht zu suchen. Endlich darf die Handhabung von § 9 des C. A. G den Wohnungsbau nicht besonders belasten;
   c) durch Verbilligung der Baustoffbeschaffung unter Einkauf im Großen (Einkaufs- und Baugenossenschaften, Siedelungsgesellschaften); Verringerung der Transportkosten der Baustoffe mittels Klein- und Feldbahnen und provisorischen Staatsbahnanschlüssen. Hierzu sind Aenderungen der Bestimmungen über den Güterverkehr auf Klein- und Straßenbahnen und Vergünstigungstarife der Baustoffe für gemeinnützige Bautätigkeit notwendig;
   d) mittels Herstellung einheitlicher Grundrißlösungen und Hausformen, sowie Normalisierung geeigneter Bauteile.

   Diese Vergünstigungen müssen Klein- und Mittelwohnungen gleichmäßig erfahren.
8. Als dauernd wirtschaftlichste, wirksamstes und nachhaltigste Maßnahmen ist der Neubau endgültiger Häuser zu betrachten. Dabei ist überall eine durchschnittliche Verbesserung der ortsüblichen Grundrisse, Haus- und Siedelungsformen zu verlangen. Das Einfamilienhaus mit Garten ist das Erstrebenswerteste. In den Stadterweiterungen wird zunächst das Sechsfamilienhaus mit je 2 abgeschlossenen Wohnungen nebst Zubehör in jedem Stockwerk, wenn irgend möglich mit Landanteil, die erreichbar bestmöglichste Wohnform darstellen.
9. Staat und Gemeinde sollen ihr Bauland möglichst billig, am besten in Erbpacht bereit stellen. Um Privaten das Zurückhalten von Baugelände aus Gewinnsucht unmöglich zu machen, sollen das Enteignungsrecht und hiermit auf das Engste verknüpft das Schätzungswesen möglichst bald verbessert werden. Eingemeindungen sind zur Unterstützung der Bautätigkeit leistungsfähiger Städte zu fördern.
10. Die Baustoffbereitung ist durch Zuweisung von Kohlen und Arbeitskräften möglichst bald wieder zu beleben. Dies gilt inbesondere für die Ziegelindustrie. Die Baustoffabgabe in der Uebergangszeit ist von den Gemeindeverwaltungen nach Dringlichkeitsgraden zu regeln, sonst aber unter

baldigem Abbau der Zentralisationen das umgehemmte freie Wirtschaftsleben möglichst bald wieder herzustellen.

11. Trotz aller dieser Maßnahmen bleibt eine zeitlich begrenzte Ueberteuerung für den Wohnungsbau bestehen. Sie darf in den Mieten nicht zum Ausdruck kommen, sonst ist eine allgemeine Miet- und Lohnsteigerung unter Rückwirkung auf das gesamte Wirtschaftsleben insbesondere auch auf die Baulandpreise zu befürchten. Deshalb ist die Ueberteuerung von der Baugeldbeschaffung getrennt zu behandeln und aus öffentlichen Mitteln zu decken.
12. Die private Bautätigkeit wird vorläufig in dem erforderlichen Umfange nicht belebt werden können. Die Großarbeitgeber: Reich, Staat, Großindustrie und Gemeinden müssen daher für ihre Arbeiter und Angestellten in wesentlich erhöhtem Maße bauen und Baugenossenschaften in jedmöglicher Weise zur Bautätigkeit bringen. In dem Baugenossenschaftsverband läßt sich dann auch die Lösung der Freizügigkeit der Arbeit finden.
13. Die bereitgestellten Reich- und Staatsmittel müssen planmäßig zunächst an die Stellen höchster und hoher Wohnungsnot unter günstigeren Bedingungen abgegeben werden, als bisher beabsichtigt ist. Sie sind nach Bedarf zu erhöhen. Für Beschaffung von Hypotheken erscheint neben erhöhter Anspannung aller möglichen Geldquellen ein beschleunigter Ausbau der Stadtschaften notwendig.
14. Durch Ausbau von Mietseinigungsamt und Wohnungsamt, auch durch Ueberwachung der Beleihung vorhandener Häuser ist Mißständen in der Uebergangszeit vorzubeugen.

Der erste Berichterstatter, Direktor Dr. Kuczynski, besprach zunächst die Entwicklung der Wohnungsverhältnisse in den Großstädten vor und während des Krieges und führte dann aus, daß nach einer vorübergehenden Besserung das Wohnungsangebot immer knapper und die Wohnungsnot immer größer geworden sei. Auf Grund der von ihm angestellten statistischen Ermittelungen würden bis zum Ende des ersten Friedensjahres etwa 750000 Wohnungen erforderlich sein.

Der zweite Berichterstatter, Stadtbaurat Dr. Schmidt, erörterte hauptsächlich die zur Beseitigung der schon vorhandenen und voraussichtlich in der nächsten Zeit immer noch wachsenden Wohnungsnot erforderlichen Maßnahmen (s. Leitsätze 4—14) und warnt besonders vor Errichtung von Notwohnungen, von denen in bezug auf die Beseitigung des Wohnungsmangels keine wesentliche Abhilfe zu erwarten sei; außerdem seien solche Wohnungen viel zu teuer.

Der dritte Versammlungstag, Sonnabend, der 7. November, war **Besichtigungen** gewidmet.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit auf militärärztlichem Gebiete.

Ueber Selbstbeschädigung des Auges im Kriege. Von Dr. Karl Krautschneider, Innsbruck. Vortrag mit Vorführungen in der wissenschaftlichen Aerztegesellschaft in Innsbruck am 24. Mai 1918. Neue klin. Wochenschrift; 1918. Nr. 42.

Von den harmlosesten Dingen bis zu den gefährlichsten Drogen dient alles im Dienste der Selbstbeschädiger; was die Volksmedizin an Kräutern, die Tierheilkunde im Bauerndorf, und was der Einzelne entsprechend dem seinem Berufe zukommenden Wissen ersinnen konnte.

Der Autor sah insgesamt etwa 300 Fälle. Die Diagnose: Conjunctivitis arteficialis war nur in einem Teil der Fälle gestellt worden, in anderen waren Vermerkblätter mit dieser Diagnose nicht vorhanden, sind aber anscheinend versteckt worden.

Die Dauer der Fremdkörpereinwirkung betrug einige Minuten bis zu mehreren Stunden, je einmal war das Präparat (Rizinusbohne) eine ganze Nacht im Auge belassen worden.

Die Substanzen werden meist pulverisiert angewandt. Harmlosere Mittel sind Alaun, Seife, Tabak, Paprika, Knallquecksilber aus Sprengkapseln. Sie

erzeugen Reizungen die jeder Behandlung spotten, Blepharospasmus, Erscheinungen, die trotz jeder Behandlung immer aufs neue aufflackern.

Die schwereren Schädigungen der Cornea mit ihren Folgeerscheinungen wurden am häufigsten durch Kornrade hervorgerufen: Oedem der Lider, Tränen, Lichtscheu, rosarote Verfärbung der Conjunctiva des Unterlides, weißlicher Aetzschorf an der unteren Uebergangsfalte, in dessen Umgebung kleine subkonjunktivale Blutungen bestehen; — später Chemosis der Augapfelbindehaut, Absonderung eines fadenziehenden Sekretes von der Schleimhaut — alles dies kann ein Trachom vortäuschen.

Für die artifizielle Entstehung beweisend ist der Aetzschorf und das Fehlen der Reizung des Oberlides.

Als Aufbewahrungsart für die schädigenden Substanzen dient gewöhnlich die Geldbörse, ein Taschentuchknopf, ein Briefkuvert.

Auch Blennorhoe wurde beobachtet, zu deren Entstehung Patienten mit Urethritis gonorrhoica bereitwillig das Sekret ihrer Harnröhre zur Verfügung gestellt haben mögen. Dr. Mayer-Simmern.

---

1. Ueber primäre Diphtherie des äußeren Gehörganges. Selbstbeschädigung oder nicht? Von Reg.-Arzt T. Szász. Mitteilung aus der Ohrenabteilung einer Armee. Wiener klinische Wochenschrift; 1918, Nr. 27.

2. Bemerkungen zu dem Aufsatz von Reg.-Arzt T. Szász. Von Landsturmoberarzt Dr. Wotzilka. Aus der VI. Abteilung des Garnisonspitals 2. Wiener klinische Wochenschrift; 1918, Nr. 34.

1. In dem kurzen Zeitraume von einem Monat fand der Autor in 55 Gehörgängen echte Diphtheriebazillen bei folgendem klinischem Befunde: Der Tragus gerötet, etwas geschwollen, Druckschmerzhaftigkeit daselbst und auf der Spitze. Im Gehörgang Eiter. Die Veränderungen des Gehörganges waren entweder auf linsengroße, aus dem Niveau etwas herausragende, schmutzig gelb oder schiefergrau verfärbte Stellen beschränkt oder zeigten eine deutliche, rötliche Demarkationszone; hie und da fanden sich an Gangrän erinnernde Hautpartien und es gelang, mit der Pinzette ganze nekrotische Bindegewebsfasern zu entfernen. Es fanden sich sogar ausgedehnte Nekrosen bis zum Knochen. Gegen die Annahme einer Selbstbeschädigung sprach in den Fällen, in denen die nekrotischen Stellen nur auf kleinere Flächen lokalisiert blieben, der Umstand, daß eine ätzende Flüssigkeit nur diffuse Veränderungen hervorrufen kann; ein ätzender Körper in Substanz konnte aber nur durch die geübte Hand des Spezialisten appliziert werden. Der Autor nimmt an, daß das feuchte Medium der mit dem Mittelohrsekrete oder Ekzemflüssigkeit überzogenen Gehörgangswände für die Bazillen günstige Lebensbedingungen sichert und daß die in den äußeren Gehörgängen avirulent oder saprophytisch lebenden Bazillen in einer Anzahl der Fälle pathogen werden und die geschilderten Veränderungen bewirken. Behandlung: 2000 Antitoxineinheiten Diphtherieserum, örtlich Pyozyanosa, Vioform und Dermatol. Häufig Heilung mit Stenosen und Atresien.

2. W. kommt zu dem Ergebnis, daß es sich bei den Fällen von Szász um artifizielle, bezw. um durch Selbstbeschädigung erzeugte Gehörgangsentzündungen handelt. Die Unsicherheit der Anamnese, die scharf umrandete Nekrose der Haut, die in schweren Fällen auch den Knorpel umfaßt, die langsame, der Therapie trotzende Heilung und die Neigung zu Ausgang in Atresie sprechen dafür. Dieselben Symptome wurden von W. im gleichen Armeebereich und in der Ohrenabteilung des Wiener Garnisonspitales 2 bei den Fällen von Selbstbeschädigung beobachtet. In einigen Fällen war es ihm gelungen, als Ursache der Erkrankung Aetzkalk nachzuweisen, der sich im Gehörgange fand; auch andere Substanzen wurden gefunden. Anzunehmen ist, daß die ätzenden Körper sicher in vielen dieser Fälle von einem Komplizen angewandt werden, der eine geübte Hand und besondere Kenntnisse in der Ausführung einer kunstvollen Gehörgangsverletzung hat.

Gegen die Annahme einer primären Diphtherie spricht die fehlende Infektiosität für die Umgebung, das Freilassen der Mandeln, das Fehlen jeglicher Allgemeininfektion. Dr. Mayer-Simmern.

Abfindung oder Suggestivbehandlung? Von Dr. Ernst Beyer-Roderbirken. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1918, Nr. 2.

Auf Grund der Kriegserfahrungen mit der Suggestivbehandlung stellt Verfasser folgende Leitsätze auf:

1. Suggestivbehandlung in irgendwelcher Form vermag die funktionellen Bewegungsstörungen der Unfallneurosen ausnahmslos zu beeinflussen und dadurch einen Teil der Kranken vollständig zu heilen. In der Ueberzahl der Fälle muß sie ergänzt werden durch weitere nervenärztliche Behandlung und durch Beseitigung der etwaigen Krankheitszwecke, hauptsächlich durch Zurückführung zur lohnenden Arbeit oder durch Abfindung.

2. Abfindung hat den Vorzug endgültiger Erledigung der Entschädigungsfragen und ist dadurch in vielen Fällen unentbehrlich. Ihre Anwendung wird durch die Suggestivbehandlung erleichtert, beschleunigt und sparsamer gestaltet.

3. Durch Einführung der Suggestivbehandlung wird auch mittelbar die Häufigkeit der funktionellen Bewegungsstörungen eingeschränkt werden.

Dr. Solbrig-Breslau.

Die Begutachtung im orthopädischen Lazarett. Von Dr. Marcus. Aerztliche Sachverständigen Zeitung; 1918, Nr. 18.

Die Ausführungen des als Fachorthopäden jetzt bei einem Militärlazarett tätigen Verfassers beziehen sich auf Mängel der Begutachtung Kriegsverletzter und auf Mittel, diesen Mängeln abzuhelfen. Mutatis mutandis können die bemerkenswerten Ausführungen auch Anwendung auf die zivile Unfallbegutachtung finden. Die Bemerkung, daß vielen Aerzten die Technik der Begutachtung abgeht und demzufolge die ärztlichen Gutachten so häufig an Uebersichtlichkeit im äußeren und an Mängeln des Inhalts leiden, ist eine Erfahrung, die mit dem Verfasser so mancher Obergutachter gemacht hat. Wie ist dem abzuhelfen? Marcus erörtert dies im einzelnen. Ein Vorteil ist bereits darin zu erblicken, daß neuerdings auf Veranlassung der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums Vorträge über die Begutachtung abgehalten und damit die Aerzte mit der Technik der Begutachtung mehr vertraut gemacht werden. Weiter fordert Marcus, daß möglichst nur der behandelnde Arzt zur Begutachtung herangezogen wird. Da sich dieser Durchführung aber große Schwierigkeiten entgegenstellen, modifiziert Marcus dann seine Forderung hahin, daß das militärärztliche Zeugnis nach vollständigem Abschluß der Behandlung sofort an den behandelnden Arzt oder den jeweils in Frage kommenden Facharzt erstattet werden soll. Sehr richtig erscheint der Hinweis auf die rechtzeitige Erstattung des Gutachtens und auf die Vermeidung der Beschäftigungslosigkeit. Es soll sofortige Entlassung der Verletzten oder Zwang zur Arbeit erfolgen, da nichts schädlicher für soviele Verletzte ist als das Schonen verletzter Glieder. Dem orthopädischen Facharzt will Verfasser eine besondere Rolle bei der Begutachtung Kriegsverletzter zugewiesen wissen, womit man einverstanden sein kann. Ein Facharzt für Begutachtung dagegen ist nach Marcus zu verwerfen. Jedenfalls soll, wie der Präsident des Reichsversicherungsamts hervorgehoben hat, die sachverständige Begutachtung der Kriegsverletzten genau so als ärztliche Pflicht aufgefaßt werden wie die sachverständige Behandlung. Dr. Solbrig-Breslau.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Zur Beurteilung nervöser Symptome nach leichten Schädeltraumen. Von Privatdozent Dr. Paul Horn-Bonn. Aus dem Seminar für Versicherungsmedizin an der Universität Bonn. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1918, Nr. 5.

Von den Grenzfällen rein funktionell-nervöser Schädelverletzungen faßt Verfasser die einfachen Kontusionen des Kopfes mit nervösen Folgeerscheinungen („Kopfkontusionsneurosen") näher ins Auge, indem er das Wichtigste zur Beurteilung solcher Fälle erörtert. Es fehlt in der Regel ausgesprochene Bewußtlosigkeit; häufig finden sich nur Beulen als einziges äußeres Zeichen der stattgefundenen Läsion. Zu nervösen Symptomen kommt es bei weitem nicht in allen Fällen

da viele nichts weiter als die leichteste, nur angedeutete Form der zerebralen Kommotionsneurose darstellen. Stets soll eine genaue Untersuchung des Ohrs, Prüfung der Hör- und Gleichgewichtsfunktion und eine Röntgenaufnahme stattfinden, um eventuelle schwerere Schädigungen feststellen oder ausschließen zu können. Ferner ist die spezialistische Untersuchung der Augen von Wichtigkeit. In geistiger Hinsicht sind Folgeerscheinungen bei diesen leichten Formen nicht vorhanden; es ist aber nötig, nachzuforschen, ob geistige Schwächezustände nicht vor dem Anfall bestanden haben. Endogene Psychosen hat Verfasser an seinem großen Material von Kopfkontusionen nie beobachtet. Neben dieser ersten Gruppe mit Kommotionssymptomen leichter und leichtester Art findet sich nun nach Kontusionen des Kopfes eine zweite Gruppe, bei denen die begleitende Schreckeinwirkung als einzige Ursache der nervösen Folgezustände anzusehen ist. Bei spezifisch hysterischer Disposition können zu den eigentlichen Symptomen der Schreckwirkung noch typisch hysterische Erscheinungen verschiedener Art hinzukommen. Auch Mischformen aus zerebralen Kommotions- und Schreckneurosen nach Kopfkontusionen sind nicht selten. Als eine weitere Unterart bezeichnet Verfasser die Entschädigungskampfneurosen, die entweder aus den erstgenannten Arten durch sekundäre Umänderung hervorgehen oder als „reine" Entschädigungskampf-, Prozeß- oder Begehrungsneurosen aufzufassen sind.

Faßt man diese verschiedenen Formen scharf auseinander, so gelingt es, wie Verfasser meint, eine wesentlich gefestigtere Grundlage zur Beurteilung zu finden. Dr. Solbrig-Breslau.

Geistesstörung nach zweimaligem Schädeltrauma. Von Oberarzt Dr. Tintemann-Osnabrück. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1918, Nr. 15.

Ein Mann war im Alter von 23 Jahren mit einem sog. Totschläger über den Kopf geschlagen, hatte wochenlang besinnungslos gelegen; als Folge eines erlittenen Schädelbasisbruches war starke Schwerhörigkeit, Störung der Sprache und Unsicherheit des Ganges zurückgeblieben. In geistiger Hinsicht bot der Verlezte nichts Abweichendes dar; 15 Jahre später erlitt er einen Unfall, indem der Schädel von neuem getroffen wurde, ohne daß aber ein Schädelbruch festzustellen war. Etwa 14 Tage darauf stellten sich Zeichen einer Störung der Geistestätigkeit ein; es kam zu ausgesprochener Geistesstörung (mit Sinnestäuschungen), die die Aufnahme in eine Irrenanstalt nötig machte.

Verfasser bejaht die Folge eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Unfall und Psychose und nimmt an, daß als Hilfsfaktor für das Zustandekommen der Geisteskrankheit eine bereits durch das erste Trauma gesetzte organische Veränderung des Gehirns in Betracht komme.

Dr. Solbrig-Breslau.

Multiple Sklerose nach kompliziertem Schädelbruch. Von Dr. Martin Weicksel. Aus der Kgl. Sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Gr. Schweidnitz. Aerzliche Sachverständigen-Zeitung; 1918, Nr. 7.

Kasuistischer Beitrag, wonach eine multiple Sklerose bei einem Manne im Gefäß eines komplizierten Schädelbruchs auftrat, und zwar in langsamster Entwicklung: Nach 9 Monaten die ersten Klagen über Kopfschmerzen und Schwindelgefühl und erst 10 Jahre später so deutliche Ausprägung der Krankheit, daß sie diagnostiziert wird. Dieser protrahierte Verlauf findet sich vielfach, trägt aber dazu bei, die Erkrankung für eine funktionelle Störung (Hysterie) zu halten. Der ätiologische Zusammenhang zwischen Unfall und multipler Sklerose ist nach den Veröffentlichungen von Oppenheim, Becker, Windscheid u. a. vielfach anerkannt.

Nach neueren Forschungen wird die multiple Sklerose als Infektionskrankheit angesehen, nachdem es gelungen ist, durch Ueberimpfung beim Tiere ähnliche Krankheitserscheinungen zu erzeugen und im Blute der Tiere Spirochäten zu finden. Weitere Ergebnisse bleiben abzuwarten. Auch wenn es sich um eine Infektionskrankheit handelt, ist daran festzuhalten, daß besondere Schädlichkeiten (Trauma) eine gewisse Disposition schaffen und somit für die Entwicklung einer multiplen Sklerose noch mit in Betracht gezogen werden können. Dr. Solbrig-Breslau.

Zur Beurteilung von Katatonie — Spannungsirresein — als Unfallfolge. Von Hessbrügge. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1918, Nr. 9.

Ein junger Hauer hatte eine Kopfverletzung, wahrscheinlich Schädelbruch, erlitten und fing nach etwa 2 Monaten an, ein verändertes Wesen zu zeigen. Eine voll entwickelte Geisteskrankheit in Form einer Katatonie trat 11 Monate nach dem Unfall in die Erscheinung, nachdem der Verletzte inzwischen seine Arbeit wieder aufgenommen hatte.

Es wurden zwei ärztliche Gutachten, davon eins von einer Universitätsklinik, eingeholt. In beiden kamen die Gutachter zu der Annahme, daß der ursächliche Zusammenhang zwischen Unfall und Geisteskrankheit auszuschließen sei, und zwar deshalb, weil ernste Zeichen einer Gehirnerschütterung nicht vorlagen, die Unfallverletzung also keine schwere war, weil ferner die Geisteskrankheit verhältnismäßig spät nach dem Unfall in die Erscheinung getreten war, auch die vorliegende Form der Geistesstörung anerkanntermaßen nur selten durch äußere Einwirkungen zustande kommt. Das Reichsversicherungsamt erkannte demgemäß auf Abweisung der Rentenansprüche.

Dr. Solbrig-Breslau.

Nierenleiden und Unfall. Von C. Posner. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1918, Nr. 7.

Der Unfall war dadurch entstanden, daß durch Zusammenstoß einer Automobildroschke mit einem Straßenbahnwagen eine Kopf- und Handverletzung eintrat. Nach 6 Monaten wurde im Krankenhaus eine vereiterte Niere festgestellt und diese herausgenommen. Später wurde dann noch Nervenschwäche festgestellt.

Verfasser begutachtete den Fall in der Weise, daß der Unfall doppelte Folgen für Nieren und für Nerven gehabt habe, von denen die ersteren beseitigt seien, die letzteren noch fortbestehen. Dr. Solbrig-Breslau.

Zuckerkrankheit — Fußverletzung — Brand. Von Geh. Med.-Rat Dr. L. Becker. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1918. Nr. 10.

Dieser recht eigentümliche und bemerkenswerte Fall betraf einen 44jährigen Bierfahrer, der, anscheinend bis dahin gesund, eine Verletzung des Fußes durch Ueberfahren erlitt. Nach 8 Tagen wurde im Krankenhaus neben einem Bruch eines Mittelfußknochens mit Schwellung und Hautabschürfung ein hoher Zucker- und Eiweißgehalt im Urin festgestellt. Es kam zu Gangrän und zur Amputation des Unterschenkels. Die Gutachten der verschiedenen gehörten Aerzte lauteten sich widersprechend: Der eine gab die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zu, ein anderer nahm eine hinreichende Wahrscheinlichkeit an, ein Dritter sprach sich gegen einen solchen Zusammenhang aus. Becker führt in dem von ihm erstatteten Gutachten aus, daß der Verletzte, ihm selbst unbewußt, an Zuckerkrankheit und Nierenkrankheit gelitten habe, dann aber durch den Unfall eine wesentliche Mitwirkung zum Enderfolg eingetreten, damit also der mittelbare ursächliche Zusammenhang gegeben sei. Das Oberversicherungsamt verurteilte daraufhin die Berufsgenossenschaft zur Entschädigung des Verletzten. Auch das Reichsversicherungsamt wurde mit der Angelegenheit befaßt; der von diesem gehörte Gutachter trat in der Schlußfolgerung der Ansicht Beckers bei. Später starb der Verletzte an einer Lungenentzündung, die, wie in einem Streitverfahren vom Reichsversicherungsamt festgestellt wurde, in keinem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall stand. Der Fall lehrt, daß es bei allen Fußverletzungen angebracht ist, alsbald nach der Verletzung auf Zuckerkrankheit zu untersuchen. Dr. Solbrig-Breslau.

Kasuistischer Beitrag zur traumatischen Entstehung einer Gelenkmaus durch Verlagerung des Kniegelenkzwischenbandes. Von Sanitätsrat Dr. Konrad Ruhemann-Berlin. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1918, Nr. 6.

Ein Schreiber hatte sich durch Betriebsunfall eine Verletzung des rechten Kniegelenks zugezogen und nach 2 Monaten bereits seine Arbeit wieder aufgenommen. Erst nach 7 Jahren war er mit Schadenersatzansprüchen hervorgetreten, da bei einer wegen heftiger Schmerzen im Knie vorgenommenen Operation eine seitliche Verlagerung der Gelenkzwischenbande festgestellt war.

Verfasser führte in seinem Gutachten aus, daß die Gelenkmaus ganz allmählich im Laufe der 8 Jahre entstanden sei, vorübergehend Beschwerden gemacht habe, die fälschlich als rheumatische Erkrankung angesprochen seien, bis der operative Eingriff Klarheit in das Krankheitsbild brachte. Auch geringfügige Verletzungen des Knies führen zur Entstehung von Gelenkmäusen. Es handle sich um eine Verschlimmerung bereits bestehender Unfallfolgen. Nachdem die Berufsgenossenschaft wegen Verjährung die Unfallansprüche abgelehnt hatte, erkannte das Oberversicherungsamt nach Anhörung eines Gutachters, der sich ebenfalls für den Zusammenhang der Gelenkmausbildung mit dem Unfall aussprach, daß zwar eine Unfallfolge vorliege, aber gemäß den Vorschriften der R. V. O. Verjährung anzunehmen sei. Demgegenüber entschied das Reichsversicherungsamt dahin, daß es sich nicht um eine allmählich sich entwickelnde Verschlimmerung, sondern um eine neue Unfallfolge im Sinne des § 72, Abs. 2 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes handle und verurteilte demnach die Berufsgenossenschaft zur Entschädigung des Unfallverletzten.

Dr. Solbrig-Breslau.

Vergiftungen als Betriebsunfälle. — Rauchvergiftungen. — Von Dr. Fr. Leppmann. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1918, Nr. 8.

Rauchvergiftungen sind den Kohlenoxydvergiftungen, über die Verfasser früher berichtete (s. diese Zeitschrift, 1917, Nr. 11), verwandt. Je nach dem Vorwiegen der einen oder anderen schädlichen Substanz (Produkte der unvollkommenen Kohlenstoffverbrennung, Gase nach der Art der brennenden Gegenstände, unverbrannte aufgewirbelte Bestandteile) und je nach der persönlichen Reaktion des Geschädigten fällt das klinische Bild verschieden in Beginn und Verlauf aus. Das wird an zwei Beispielen aus der Praxis veranschaulicht.

Im ersten Fall handelt es sich um einen Feuermann, der bei einem Zelluloidbrand in den brennenden Räumen sich gegen 15 Minuten aufhielt, in der darauf folgenden Nacht auf der Wache stark hustete, Blut auswarf und weiterhin stark hustete. Erst nach 4 Wochen ließ er sich krank schreiben; es wurde Katarrh der Luftwege, besonders in den Spitzen, festgestellt. Seitens der Lunge blieben wesentliche Krankheitszeichen bestehen, dazu traten subjektive Nervenstörungen. Der Mann wurde pensioniert, nachdem im ärztlichen Gutachten die Krankheit als durch Rauchvergiftung verursacht hingestellt worden war.

Der zweite Fall betrifft einen Rohrleger, der beim Ableuchten einer Gasleitung durch Entzündung von Stroh Brandwunden erlitt und über eine Stunde lang den Rauch eingeatmet hatte, um dann bewußtlos liegen zu bleiben. Verfasser stellte 5 Monate nach dem Unfall Abmagerung, Verminderung des Blutfarbstoffs, nervöse Störungen, Bewegungshemmungen fest. Eine Behandlung im Sanatorium besserte den Zustand zunächst nur unwesentlich. Leppmann nahm nach einer erneuten Untersuchung an, daß es sich um eine ganz chronisch verlaufende vielfache Nervenentzündung als Vergiftungsfolge handle, und hielt eine Erwerbsverminderung um 25 v. H. für vorliegend, obwohl der Verunglückte inzwischen seine Arbeit als Rohrleger in vollem Umfange wieder aufgenommen hatte.

Dr. Solbrig-Breslau.

Stelzfuß oder künstliches Bein. Von Geh. Medizinalrat Dr. Becker. Aerztliche Sachverständigen Zeitung; 1918, Nr. 1.

Im Sinne einer vor Jahren ergangenen Erklärung des Reichsversicherungsamts war der Anspruch auf Lieferung künstlicher Gliedmaßen allgemein anerkannt. Strittig aber blieb noch immer die Frage, ob die Berufsgenossenschaften nur zur Lieferung eines Stelzfußes oder auch zur Lieferung eines künstlichen Beines verpflichtet seien. Bemerkenswert ist in dieser Hinsicht das Gutachten eines ärztlichen Sachverständigen — von dessen Ansicht die jedesmalige Entscheidung abhängig gemacht werden wird —, der selbst eine Oberschenkelprothese trug und sich dahin aussprach, daß auch für den Arbeiter ein Kunstbein zweckmäßiger sei als ein Stelzbein. Es werden nun aus der Praxis Entscheidungen von Oberversicherungsämtern angeführt, bei denen widersprechende Urteile abgegeben wurden. Neuerdings hat das Oberversicherungsamt Posen ein Urteil gefällt, wonach das Stelzbein die gleiche Sicherheit und Behendigkeit beim Gehen gewährleistet wie ein Kunstbein. Dem tritt Verfasser entgegen,

indem er die Vorzüge des Kunstbeins dem Stelzbein gegenüber hervorhebt und die Ansicht ausspricht, daß das künstliche Bein für die Unfallverletzten der Arbeiterversicherung in allen Fällen vorzuziehen sei, wobei der Kostenpunkt keine ausschlaggebende Rolle spielen dürfe.

Die Anamnese im ärztlichen Gutachten. Von Dr. Reckzeh. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1918, Nr. 14.

Verfasser betont die Bedeutung einer vollständigen Anamnese für die Gutachtertätigkeit überhaupt und stellt folgendes Schema auf, das sich ihm in der obergutachtlichen Tätigkeit in allen drei Zweigen der Reichsversicherungsordnung, der Angestelltenversicherungen, Lebensversicherung und beim Militär bewährt hat.

1. Vor- und Zunamen, Alter, Stand.
2. Erbliche Krankheiten:
   Etwaige Geistes-, Nervenkrankheiten, Epilepsie, Lungenkrankheiten (Tuberkulose), Herzkrankheiten, Gicht, Zuckerkrankheit, Gelenkrheumatismus, Krebs bei Großeltern, Geschwistern. Welche? Bei wem?
3. Allgemeine Lebensverhältnisse:
   a) Verheiratet? Seit wann? Kinder? Wieviel? Fehl- oder Frühgeburten?
   b) Etwaige Berufsschädlichkeiten (Ueberanstrengungen, Erkältungen, Staub, Gifte, sitzende Lebensweise usw.)?
   c) Lebensweise (Alkohol-, Tabakmißbrauch, übertriebenen Sport, Entbehrungen, ungesunde Wohnverhältnisse)?
4. Früher durchgemachte Krankheiten und Verletzungen?
   Wann? Welche? Besondere Kuren (Badekuren, Operationen usw.)? Etwa zurückgebliebene Folgeerscheinungen?
5. Gegenwärtige Krankheit.
   Ursache? Erste Krankheitserscheinungen? Weiterer Verlauf? Bisherige Behandlung? Gegenwärtige Klagen (Kräftezustand, Appetitmangel, vermehrtes Durstgefühl, Fieberfrost, Hautausschläge, geschwollene Füße, Schmerzen [wo? welcher Art?] Husten, Auswurf, Atembeschwerden, Herzbeschränkung, Magen- und Darmbeschwerden, Erbrechen, Stuhlgang, Urinbeschwerde, Kopfschmerzen, Schwindel, Benommenheit, Schlafmangel, abnorme Stimmungen, Störungen des Empfindungsvermögens [Taubheit, Herabsetzung oder Erhöhung der Empfindlichkeit usw.) oder Bewegungsvermögens (Zittern, Zuckungen, Lähmungen, Schwäche usw.)?
6. Für Frauen:
   a) Geburten? Wann? Fehl- oder Frühgeburten? Wann? Operationen? Welche? Wann?
   b) Menstruation regelmäßig? Wann zuletzt Menstruationsbeschwerden?
   c) Ausfluß? Blutungen?

An Beispielen zeigt Verfasser, wie auch scheinbar unbedeutende anamnestische Angaben dem begutachtendem Arzt diagnostische und prognostische Fingerzeige geben können, die für den Zweck der Begutachtung oft endscheidender sind als der gegenwärtige objektive Befund.

Dr. Solbrig-Breslau.

Vergiftung durch nitrierte Kohlenwasserstoffe. Betriebsunfall anerkannt. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 4. Mai 1918.

Nach der Verordnung des Bundesrats vom 12. Oktober 1917 sind, falls eine nach dem dritten Buche der Reichsversicherungsordnung versicherte Person bei Herstellung von Kriegsbedarf sich eine Gesundheitsschädigung durch nitrierte Kohlenwasserstoffe der aromatischen Reihe (z. B. Dinitrobenzol usw.) zuzieht und infolge ihrer Einwirkung stirbt, Sterbegeld und Hinterbliebenenrente unter entsprechender Anwendung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung auch dann zu gewähren, wenn der Tod nicht als Folge eines Unfalls, sondern als Folge einer allmählichen Einwirkung dieser Stoffe anzusehen ist. Diese Verordnung gilt nach § 4 Abs. 1 Satz 1 daselbst rückwirkend für die seit dem 1. August 1914 eingetretenen Todesfälle. Sie mußte auf den vorliegenden Fall zur Anwendung kommen. Durch die Auskunft der Arbeitgeberin vom 12. Februar 1918 ist erwiesen, daß bei Bestimmung der Benzolkohlen-

wasserstoffe im Koksofengas dieselben zu Dinitrobenzol, also einen der unter die Verordnung fallenden nitrierten Kohlenwasserstoffe der aromatischen Reihe, nitriert werden, und daß der Ehemann und Vater der Kläger derartige Untersuchungen oft auszuführen hatte. Der Chefchemiker der Arbeitgeberin, Dr. B., hat auch bestätigt, daß bei diesen Untersuchungen und dem Aufarbeiten von Rohbenzol und Waschölen die Möglichkeit der Einatmung giftiger Gase vorliege, und der Benzolmeister L. hat ausdrücklich erklärt, daß sich bei dieser Tätigkeit der Chemiker der Einwirkung der sich entwickelnden Gase nicht entziehen könne. Er selbst ist wiederholt dabei von Schwindel und Unwohlsein befallen worden und hat dies auch bei anderen Arbeitern und Laboranten, insbesondere auch bei H. kurz vor seiner letzten Erkrankung beobachtet. Nach dem Gutachten des Geh. Med.-Rats Prof. Dr. O. ist weiter anzunehmen, daß diese Gasvergiftung bei der schweren Lungenentzündung, der H. erlegen ist, eine Rolle mitgespielt und also zum Tode des H. mitgewirkt hat. Wenn der Sachverständige das Vorliegen einer akuten Vergiftung, eines Unfalls im Sinne der Reichsversicherungsordnung, verneint und nur eine chronische Erkrankung anerkennt, so ist dies gegenüber der Verordnung vom 12. Oktober 1917 und den obigen Ausführungen belanglos. Die Berufsgenossenschaft hat danach die Hinterbliebenen des H. gemäß dieser Verordnung und der Reichsversicherungsordnung zu entschädigen.

---

80 % des Jahresarbeitsverdienstes ist für einen durch Unfall völlig Erblindeten eine angemessene Rente. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungamts vom 7. Juni 1918.

Trotz Herabsetzung der Altersgrenze für die Altersrente von 70 auf 65 Jahre beträgt die Wartezeit für die Altersrente nach wie vor 1200 Beitragswochen. Revisions-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 19. Juni 1918.

Tagesnachrichten.

Der Parlamentarisierung ist nunmehr die **Demokratisierung der Regierung** gefolgt, und zwar sowohl im Deutschen Reich, als in Preußen und in allen anderen Bundesstaaten. Im Deutschen Reich ist an Stelle des Reichskanzlers der Rat der Volksbeauftragten, bestehend aus den sozialdemokratischen Abgeordneten Ebert und Haase, getreten; die Angelegenheiten des Reichswirtschaftsamtes sind dem Abg. Dr. August Müller, die Gesundheitsangelegenheiten dem Abg. Barth, das Reichsarbeitsamt dem Abg. Bauer übertragen, das Reichsamt des Innern ist vorläufig noch unbesetzt. In Preußen sind den Abgeordneten Hirsch und Dr. Breitscheid die Geschäfte des Ministeriums des Innern übertragen.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. H.: Erhalten auch die im Militärdienste befindlichen Kreisärzte die außerordentliche einmalige **Kriegsteuerungszulage** (s. Zeitschr. f. Medizinalbeamte; Nr. 20, S. 428)?

Antwort: Nach dem Erlaß des Herrn Finanzministers vom 2. 9. 1918 bekommen auch die militärisch verwendeten Beamten von Amtswegen — also ohne besonderen Antrag — die außerordentliche einmalige Kriegsteuerungszulage, jedoch nur soweit, daß sie geldlich nicht schlechter stehen als die nicht eingezogenen Beamten bei Gewährung jener Zulagen.

Bei der Berechnung des Betrages, um den ein militärisch verwandter Beamter sich geldlich schlechter steht als ein nicht eingezogener Beamter, sind gegenüberzustellen:

a) Das Diensteinkommen des Kreisarztes, wenn er im Zivildienst geblieben wäre, nämlich das Gehalt und das Einkommen aus Nebenämtern öffentlich-rechtlicher Eigenschaft, z. B. als Stadt-, Polizei-, Gefängnis-, Schul-, Seminar-, Eisenbahn-, Krankenhaus-, Impfarzt usw. (nicht auch das Einkommen aus privater Tätigkeit), der Wohnungsgeldzuschuß, die zuständige Kriegsbeihilfe

und Kriegsteuerungszulage sowie die außerordentliche einmalige Kriegsteuerungszulage.

b) Das Diensteinkommen, das der Kreisarzt bei seiner militärischen Verwendung bezieht, also das Militäreinkommen und das wirklich noch bezogene Zivildiensteinkommen einschließlich des Wohnungsgeldzuschusses und des während des Heeresdienstes etwa weiter gezahlten Einkommens aus Nebenämtern und der etwa gezahlten laufenden Kriegsbeihilfe und Kriegsteuerungszulage. Außerdem sind zuzurechnen die häuslichen Ersparnisse an Kost, wenn der Unterhalt militärischerseits gewährt wird. Diese Ersparnisse werden nach Kopfteilen im Verhältnis zur Zahl der Familienglieder errechnet, indem $^3/_4$ des Gehalts einschließlich sonstiger dienstlicher Bezüge aus dem Hauptamte, die dem Gehalt gleichgestellt sind, (Gehalts-, Stellen-, Dienst- und sonstige Zulagen), jedoch ohne Wohnungsgeldzuschuß, durch die Kopfzahl dividiert werden. Abzuziehen sind dagegen bei Offizieren pp. von der Kriegsbesoldung 600 Mark. Servis, Burschengeld bleiben außer Betracht.

Beispiel.

Frau und 4 zu berücksichtigende Kinder, Stabsarzt, mobil.

Im Zivildienst jährlich

Gehalt . . . . 2550 M.
Amtsärztliche Gebühren . . 2250 „
Aus öffentlich - rechtlichen Nebenämtern . . . . . 1880 „
Kriegsbeihilfe und Kriegsteuerungszulage . . . . 1672 „
Einmalige außerordentliche Kriegsteuerungszulage

$250 + \frac{4800}{12} = 650$

$+ 4 \cdot \frac{650}{10} = 260$

zusammen . . . . . 910 „

Sa. 9262 M.

Im Militärdienst jährlich

Gehalt $(4800 - 7 \cdot \frac{7860}{10}$ $= 5502$, also 0) —
Kriegsbesoldung (mtl. 655.12 M.) = 7860.00 M.
ab 600.00 „
7280 M.
Häusliche Ersparnis
$\frac{4800 \cdot {}^3/_4}{6}$ . . . . 600 „
Kriegsbeihilfe und Kriegsteuerungszulage . . . . 472 „
(8352 — 7880)

Sa. 8352 M.

Steht sich um 910 M. schlechter, erhält also eine außerordentliche einmalige Kriegsteuerungszulage von 910 M.

Deutscher und Preußischer Medizinalbeamtenverein.

Der Vorstand des Deutschen Medizinalbeamtenvereins hat in Gemeinschaft mit dem Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins beschlossen, im **nächsten Jahre**, wenn es die Umstände gestatten,

eine gemeinsame Hauptversammlung

am **25. und 26. April** in **Berlin** abzuhalten. Als Hauptgegenstand der Tagesordnung ist in Aussicht genommen:

Die Tätigkeit der Medizinalbeamten nach dem Kriege auf dem Gebiete
a) der ärztlichen Sachverständigentätigkeit,
b) der öffentlichen Gesundheitspflege.

Minden, im November 1918.

Der Vorstand des Deutschen und Preuss. Medizinalbeamtenvereins.

I. A.
Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat,
Vorsitzender.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

31. Jahrgang; Nr. 23. Ausgegeben am 5. Dezember 1918.

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

und Kriegsteuerungszulage sowie die außerordentliche einmalige Kriegsteuerungszulage.

b) Das Diensteinkommen, das der Kreisarzt bei seiner militärischen Verwendung bezieht, also das Militäreinkommen und das wirklich noch bezogene Zivildiensteinkommen einschließlich des Wohnungsgeldzuschusses und des während des Heeresdienstes etwa weiter gezahlten Einkommens aus Nebenämtern und der etwa gezahlten laufenden Kriegsbeihilfe und Kriegsteuerungszulage. Außerdem sind zuzurechnen die häuslichen Ersparnisse an Kost, wenn der Unterhalt militärischerseits gewährt wird. Diese Ersparnisse werden nach Kopfteilen im Verhältnis zur Zahl der Familienglieder errechnet, indem $^3/_4$ des Gehalts einschließlich sonstiger dienstlicher Bezüge aus dem Hauptamte, die dem Gehalt gleichgestellt sind, (Gehalts-, Stellen-, Dienst- und sonstige Zulagen), jedoch ohne Wohnungsgeldzuschuß, durch die Kopfzahl dividiert werden. Abzuziehen sind dagegen bei Offizieren pp. von der Kriegsbesoldung 600 Mark. Servis, Burschengeld bleiben außer Betracht.

Beispiel.

Frau und 4 zu berücksichtigende Kinder, Stabsarzt, mobil.

Im Zivildienst jährlich		Im Militärdienst jährlich	
Gehalt	2550 M.	Gehalt $(4800 - 7 \cdot \frac{7860}{10} = 5502$, also 0)	—
Amtsärztliche Gebühren . .	2250 „	Kriegsbesoldung (mtl. 655.12 M.) = 7860.00 M. ab 600.00 „	7280 M.
Aus öffentlich-rechtlichen Nebenämtern	1880 „	Häusliche Ersparnis $\frac{4800 \cdot {}^3/_4}{6}$	600 „
Kriegsbeihilfe und Kriegsteuerungszulage	1672 „	Kriegsbeihilfe und Kriegsteuerungszulage . . . . (8352 — 7880)	472 „
Einmalige außerordentliche Kriegsteuerungszulage $250 + \frac{4800}{12} = 650$ $+ 4 \cdot \frac{650}{10} = 260$ zusammen	910 „		
	Sa. 9262 M.		Sa. 8352 M.

Steht sich um 910 M. schlechter, erhält also eine außerordentliche einmalige Kriegsteuerungszulage von 910 M.

Deutscher und Preußischer Medizinalbeamtenverein.

Der Vorstand des Deutschen Medizinalbeamtenvereins hat in Gemeinschaft mit dem Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins beschlossen, im **nächsten Jahre**, wenn es die Umstände gestatten,

eine gemeinsame Hauptversammlung

am **25. und 26. April** in **Berlin** abzuhalten. Als Hauptgegenstand der Tagesordnung ist in Aussicht genommen:

Die Tätigkeit der Medizinalbeamten nach dem Kriege auf dem Gebiete
a) der ärztlichen Sachverständigentätigkeit,
b) der öffentlichen Gesundheitspflege.

Minden, im November 1918.

Der Vorstand des Deutschen und Preuss. Medizinalbeamtenvereins.

I. A.
Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat,
Vorsitzender.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

31. Jahrgang; Nr. 23. Ausgegeben am 5. Dezember 1918.

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:

Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.

Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.

Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 22/23 am Schlusse des Heftes.

INHALT.

31. Jahrg. Zeitschrift 1918.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 23.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Dez.

Tragisches Ableben nach Genuß von Miesmuschelwurst.

Gutachten, erstattet von Med.-Rat Dr. Böttticher,
Leiter des Großh. Untersuchungsamtes für Infektionskrankheiten in Gießen.

Am 30. Januar nachmittags gegen 4 Uhr hatte der Arbeiter K. zirka $^1/_4$ Pfd. Muschelfleischwurst gevespert, die aus dem H.schen Geschäfte in M. stammte. Kurz vor Arbeitsschluß (7 Uhr) beklagte er sich bei einem Mitarbeiter über Schwindelanfälle und gab an, „er fühle sich wie besoffen". Als K. gegen $7^1/_4$ Uhr nach Hause kam, sah er nach Angabe seiner Frau schon sehr blaß aus und taumelte, so daß sie annahm, ihr Mann sei betrunken. Gegen Mitternacht stellte sich Erbrechen ein. Der Zustand verschlimmerte sich so sehr, daß K. auf sein Verlangen am 31. Januar gegen 8 Uhr vormittags in das städtische Krankenhaus verbracht wurde.

Ueber den Zustand des K. bei seiner Aufnahme im Krankenhaus äußert sich Herr Prof. Dr. H. wie folgt:

„Patient sehr unruhig und etwas benommen, Lippen zyanotisch, Mydriasis, Andeutung von Ptosis, Puls stark beschleunigt, etwas schwach, kaum zu fühlen, Atmung beschleunigt, etwas rasselnde Atmungsgeräusche, Brechneigung, Zunge trocken, dunkelgelblich belegt, Reflexe erloschen, Sprache undeutlich."

Trotz der sofort vorgenommenen Magenausspülung und der sonstigen therapeutischen Maßnahmen verstarb K. um 10 ³/₄ Uhr vormittags. Die am 1. Februar vorgenommene Leichenöffnung ergab folgenden Befund:

Die beiderseits runden Sehlöcher sind ungleich groß, und zwar ist das rechte gut doppelt so groß als das linke.

Beim Einschneiden der Milz (13 × 7 × 3 ¹/₂) fließt reichlich dunkles Blut ab.

Die Oberfläche der Nieren ist dunkelbraunrot, ihre Schnittfläche hat eine gleichmäßige dunkelbraune bis bläulichbraune Farbe.

Die stark ausgedehnte Urinblase enthält etwa 200 ccm klaren, hellgelben Urins.

Im Magen gut ³/₄ Liter grünlichen, dünnem Erbsenbrei ähnlichen, Inhalts von stark saurem Geruch und saurer Reaktion; Schleimhaut blaß ohne regelwidrige Gefäßfüllung oder Blutaustretungen, mit einer dünnen Schicht lockeren Schleimes bedeckt.

Im Zwölffingerdarm bemerkt man eine reichliche Menge dickbreiigen, erbsenfarbigen Inhaltes; seine Schleimhaut ist, wie auch die des Dickdarms, unversehrt. Im absteigenden Teil des Grimmdarms finden sich dicke Kotballen von dunkelbrauner Farbe. Die Drüsenapparate im Darm sind ohne jede Veränderung.

Die Schnittfläche der Leber läßt aus den größeren Gefäßen dunkelflüssiges Blut in großer Menge austreten. Das Organ ist derb, gleichmäßig dunkelrotbraun, ohne irgendwelche Differenzierungen.

Aus den größeren Gefäßen der locker gelappten Bauchspeicheldrüse entleert sich dunkles Blut.

Die beiden Lungen sind sehr gebläht und fühlen sich luftkissenartig an, ihre Oberfläche ist uneben; aus der Schnittfläche ergießt sich eine sehr reichliche Menge mit feinsten Luftblasen durchmischter Flüssigkeit (Lungenödem).

Am Herzen findet sich eine Hypertrophie der linken Kammer und Anzeichen einer abgelaufenen Endocarditis mitralis.

Die Oberfläche des gefrorenen Gehirns ist rosagrau. Im Marklager bemerkt man nur vereinzelte, nach Abstreifen mit dem Messer sich nicht mehr erneuernde Blutpunkte. Beim Betrachten der Durchschnitte durch die großen Nervenkerne, den Hirnstamm, Vierhügelbrücke und das verlängerte Mark lassen sich nirgends für das bloße Auge wahrnehmbare Veränderungen in der Struktur des Gewebes ersehen.

Am 1. Februar überbrachte ein Bote dem Untersuchungsamte 5 Miesmuschelwürste sowie fernerhin 2 Pfd. Muschelfleisch in Töpfen, die man aus dem H'schen Geschäfte entnommen hatte. Am folgenden Tag traf das von der Leichenöffnung des K. herrührende Leichenmaterial (Leber, Lunge, Herz, Milz, Darm- und Mageninhalt, Gehirn, Blut und Urin) ein. —

Die eingelieferten Muschelfleischwürste unterschieden sich in ihrem äußeren Aussehen kaum von anderen Würsten. Zwei von ihnen hatten die Größe und den Umfang von sog. Schwartemagen; die 3 übrigen glichen in Form und Farbe ungeräucherten oder nur wenig angeräucherten Leberwürsten. Das Füllsel der zuletzt genannten Muschelfleischwürste war fein gehackt, während es bei den beiden gut geräucherten dicken Würsten aus kleinen Würfeln bestand.

Das in 2 Töpfen eingesandte gelbgrüne Muschelfleisch hatte eine grobfaserige Beschaffenheit und roch stark nach Essig.

Durch sämtliche Würste wurden zahlreiche Schnitte gelegt. Die frischen Schnittflächen hatten bei den drei engdarmigen

Würsten ein gelbgrünes Aussehen; das Füllsel der beiden dicken Würste zeigte dagegen eine mehr graugelbe Farbe. Nirgends ließen sich auf den Durchschnitten missfarbige, ranzige, säuerliche, muffige oder sonstwie übelriechende Stellen feststellen; die Würste hatten durchweg einen fischartigen Geruch. —

Der bei dem Verstorbenen festgestellte Symptomenkomplex deutete einerseits auf eine Miesmuschelvergiftung (sog. Mytilismus), ganz besonders aber auf einen sog. Botulismus hin, d. h. auf eine durch das Toxin der Botulinuskeime verursachte Vergiftung. Es wurden daher zum Nachweis etwa in den Würsten vorhandener Botulinusbazillen an den verschiedensten Stellen Proben entnommen, in alkalischen Zuckeragar ausgesät und unter Sauerstoffabschluß bei etwa 23° C bebrütet; gleichzeitig impfte man Zuckerbouillonkölbchen damit. Zur Feststellung etwa in den Würsten vorhandener Gifte wurden fernerhin aus den entnommenen Wurstproben mit physiologischer Kochsalzlösung wässerige Extrakte hergestellt und Meerschweinchen damit subkutan geimpft und gefüttert. Es erhielten schließlich Tiere Einspritzung mit dem keimfreien Filtrate der mehrere Tage bebrüteten Bouillonkölbchen.

In analoger Weise verfuhr man mit dem Magen- und Darminhalt sowie mit dem aus diesen und aus den Leichenorganen hergestellten Extrakten. Die nämliche Manipulation wurde endlich mit dem von Großherzogl. Staatsanwaltschaft M. am 7. Februar 17 nachträglich eingesandten, etwa erbsengroßen, Speisebröckchen vorgenommen. Nach Angabe der Ehefrau des Verstorbenen sollte dieser kleine Speiserest von dem Brechakte ihres Mannes am 30. Januar 17 herrühren und von ihr beim Nachsehen des Eimers erst später gefunden worden sein.

Sämtliche gefütterten und geimpften Versuchstiere blieben bis auf eines vollständig gesund. Nur das mit dem Darminhalt des K. geimpfte Meerschweinchen ging 2 Tage nach der Impfung ein: bei ihm fehlten aber die für den Botulismus charakteristischen Lähmungserscheinungen. Die Sektion des Tieres sowie die mikroskopische und kulturelle Untersuchung seiner Organe ergab die Diagnose: Koliinfektion. —

Obwohl der bei dem Verstorbenen erhobene klinische sowie der Sektionsbefund eine durch Bazillen der Paratyphus-Enteritisgruppe hervorgerufene Nahrungsmittelvergiftung als ausgeschlossen erscheinen ließen, unterließ es man doch nicht, auch nach dieser Richtung hin (Aussaat auf Drigalski-Endo- und Malachitgrünagar) Erhebungen anzustellen. Sie führten zu der Feststellung von Bakterien im Darminhalte des Verstorbenen, die durch hochwertiges (1 : 10000) Paratyphus-B-Immunserum bis zu einer Verdünnung von ungefähr 1 : 100 agglutiniert wurden. Die kulturelle Prüfung zeigte, daß es sich um keine spezifische Agglutination handelte; die fraglichen Keime gehörten der sog. Koligruppe an. —

Das Ergebnis der vorstehenden Untersuchungen läßt sich kurz dahingehend zusammenfassen: Weder die kul-

turellen Erhebungen, noch die Tierversuche haben irgendeinen Anhaltspunkt für das Vorhandensein von Botulismuskeimen oder von Toxinen in dem eingesandten Leichenmaterial, in dem Muschelfleisch sowie in den Miesmuschelwürsten ergeben.

Schließt dieses Untersuchungsergebnis nun das Vorliegen einer Botulismusintoxikation bei dem verstorbenen K. aus? Hierzu ist folgendes zu bemerken:

Vergiftungserscheinungen sowie auch Todesfälle nach Genuß von Miesmuscheln sind wiederholt beobachtet worden. So erkrankten im Jahre 1885 in Wilhelmshaven 18 Personen nach dem Verspeisen von Miesmuscheln, die von dem Boden eines soeben zurückgekehrten und ins Dock verbrachten Schiffes herrührten. Schon der Genuß von 5—6 Muscheln hatte damals schwere Vergiftungserscheinungen ausgelöst, denen 5 Personen erlagen. Die Krankheitserscheinungen äußerten sich dabei in einem nesselfieberartigen Hautausschlage mit starkem Juckreiz, in Magen- und Darmstörungen (Uebelsein, Erbrechen, Durchfällen), sowie fernerhin in Symptomen von seiten des Nervensystems: Zusammenschnürendem Gefühl im Halse, Kribbeln und Brennen in Armen und Beinen, Eingenommensein des Kopfes, psychischen Erregungszuständen, Gefühl, „als ob alles leicht sei“, als ob der Kranke fliegen könne und schließlich in weiter reaktionsloser Pupille, erschwerter Sprache, Paresen, und Ataxien der Muskeln. In besonders schweren Fällen trat der Tod schon nach einigen Stunden ein.

Man bezeichnet diese Vergiftungserscheinungen als Mytilismus und spricht, je nachdem die einzelnen Krankheitssymptome vorherrschen, von einem exanthematischen, einem gastro-intestinalen und einem paralytischen oder neurotischen Mytilismus.

Ueber das Zustandekommen des Mytilismus herrscht noch nicht genügende Klarheit: Im allgemeinen wird angenommen, daß die Vergiftungserscheinungen auf ein in den Miesmuscheln vorhandenes kurareartig wirkendes Gift, das sog. Mytilotoxin, zurückzuführen sind. Dieses Gift, welches den Fäulnisalkaloiden nahesteht, soll in frischem Zustande widerlich riechen, an der Luft aber den üblen Geruch und seine Giftigkeit bald verlieren und sich schon zu Lebzeiten der Miesmuscheln besonders in ihrer Leber ansammeln.

Neuere Anschauungen gehen auch darauf hinaus, daß Miesmuschelvergiftungen nicht allein durch Mytilotoxin hervorgerufen werden, sondern daß bei diesen Intoxikationen auch bakterielle Gifte eine ätiologische Rolle spielen. Man ist dabei der Ansicht, daß z. B. der nach dem Genuß von Miesmuscheln und Fischen beobachtete neuroparalytische Mytilismus und Ichthyosismus zum Teil als echter Botulismus aufzufassen ist.

Für die Richtigkeit der Anschauung, daß manche Fälle von Mytilismus auf die Wirkung von Bakterien zurückzuführen

sind, spricht die große Uebereinstimmung zwischen seinem Krankheitsbilde und den Symptomen der Fleisch- Fisch- und Wurstvergiftung. Auf eine bakterielle Vergiftung weist fernerhin der bei Miesmuschelnintoxikationen erhobene Sektionsbefund hin: Pulpöse Beschaffenheit der stark vergrößerten Milz sowie starke Schwellung und Rötung der Dünndarmschleimhaut, ein Befund, der septische Anklänge aufweist. Auch der Umstand, daß gesunde, nicht giftige Miesmuscheln in unreines, bakterienreiches Wasser gebracht, giftig und umgekehrt derartige gesundheitsschädliche Muscheln in reinem Wasser entgiftet werden, spricht nicht gegen die obige Auffassung. Daß schließlich Miesmuscheln tatsächlich einen sehr guten Nährboden für den Bacillus botulinus darstellen, zeigt der Versuch seines Entdeckers v. Ermenghem, dem es — ohne den bei andern Nährböden sonst nötigen Traubenzuckerzusatz — gelang, auf Miesmuschelnährböden äußerst üppige, toxische Botulinuskulturen zu gewinnen.

Auch die vorliegenden Umstände sprechen für einen durch Miesmuschelgenuß herbeigeführten Botulismus. Wollte man die bei K. festgestellten Krankheitserscheinungen als eine Vergiftung durch Mytilotoxin auffassen, hervorgerufen durch giftiges Muschelfleisch im Wurstfüllsel, so würde sich kaum eine plausible Erklärung dafür finden lassen, warum nur K. allein erkrankte und sämtliche anderen Personen, die von der gleichen Wurst gegessen hatten, vollständig gesund blieben. Wie frühere Beobachtungen zeigten, bedarf es zum Hervorrufen einer tödlichen Mytilotoxinvergiftung schon des Genusses mehrerer giftiger Miesmuscheln, und es erscheint doch mehr als unwahrscheinlich, daß bei dem Hacken und Mischen des Wurstfüllsels die mitylotoxinhaltigen Muschelteile gerade nur in dem Stück Wurst zusammengekommen sein sollten, das K. zu sich genommen hatte.

Auf einen Botulismus im vorliegenden Falle weist aber auch ganz besonders der Umstand hin, daß die bei K. festgestellten Vergiftungserscheinungen nicht nach dem Genusse von frischen Miesmuscheln, sondern von Miesmuschelfleisch auftraten, das in der Form von geräucherten Würsten konserviert war. Von der Bedeutung gerade dieser Art der Konservierung beim Zustandekommen des Botulismus wird weiter unten noch die Rede sein. Zum besseren Verständnis dieser Verhältnisse läßt es sich dabei nicht vermeiden, auf das Wesen des Botulismus sowie der bakteriellen Nahrungsmittelvergiftungen überhaupt etwas näher einzugehen.

Die Aetiologie der nach dem Genuß von Wurst, Fleisch, Fischen und anderweitigen Nahrungsmitteln beobachteten Vergiftungen war ebenfalls lange dunkel. Man führte auch sie früher auf Fäulnisalkaloide (Ptomaine) zurück und beschuldigte dabei hauptsächlich das Ptomatropin. Heute herrscht vollständige Klarheit darüber, daß nur Bakterien und deren Gifte, nicht aber in Fäulnis übergegangene Nahrungsmittel (Fäulnis-Alkaloide) die Ursache dieser Intoxikationserscheinungen

sind. Es steht fernerhin fest, daß man bei diesen bakteriellen Nahrungsmittelvergiftungen in der Hauptsache zwei Gruppen zu unterscheiden hat, die sich sowohl klinisch als auch bakteriologisch gut differenzieren lassen.

Zu der einen Gruppe rechnet man diejenigen Nahrungsmittelvergiftungen, die unter den Erscheinungen einer Magendarmerkrankung (akute Gastro-Enteritis) ohne wesentliche Beteiligung des zentralen Nervensystems verlaufen, und deren Krankheitsbild mehr oder weniger an Cholera-, Ruhr- oder Typhuserkrankungen erinnert. Als Erreger dieser Nahrungsmittelvergiftungen kommen die Bazillen der sog. Paratyphus-Enteritisgruppe in Betracht, die sich im Verlauf des Krankheitsprozesses im Darm und in den Organen des Erkrankten vermehren und auch hier Gifte erzeugen (Toxinfektion). Infolge ihres Wachstums und ihrer Vermehrung im tierischen und menschlichen Organismus stößt ihr bakteriologischer Nachweis auf keine besonderen Schwierigkeiten.

Bei der zweiten Gruppe der bakteriellen Nahrungsmittelvergiftungen, dem sog. Botulismus, — der von der ersten Gruppe streng zu trennen ist, — handelt es sich nicht um eine Toxinfektion, sondern um eine reine Vergiftung (Intoxikation) durch ein bakterielles Gift, das nur außerhalb des menschlichen Körpers von einem bestimmten Keime, dem Bazillus botulinus, produziert und mit den Nahrungsmitteln dem Körper einverleibt wird. Der Keim spielt dabei im menschlichen Organismus keine Rolle (exogene Intoxikation). Im Gegensatz zu den Nahrungsmittelvergiftungen der Paratyphus-Enteritisgruppe wird das Krankheitsbild des Botulismus fast ausschließlich durch die Erscheinungen von Seiten des Nervensystems beherrscht; die gastroenteritischen Symptome fehlen meist vollständig oder treten ganz in den Hintergrund zurück.

Da bei der Untersuchung des Darminhaltes des K. für Meerschweinchen pathogene Kolibakterien festgestellt wurden, so ist noch zu erwähnen, daß man auch durch Kolibakterien verursachte Nahrungsmittelvergiftungen beobachtet hat. Sie stehen aber — wie auch die durch Proteuskeime hervorgerufenen — an Zahl und Verbreitung hinter dem Botulismus zurück und führen nur selten zum Tode. Kolibakterien kommen in jedem Darm vor. Man könnte daher im vorliegenden Falle ihrer Feststellung nur dann eine ätiologische Bedeutung beimessen, wenn gleichzeitig der Beweis einer durch sie verursachten Fäulnis der Miesmuschelwurst erbracht worden wäre. Da die untersuchten Würste aber kein Anzeichen irgend welcher Fäulnis boten, — sie waren überhaupt sehr keimarm, — und Kolivergiftungen hauptsächlich gastro-enteritische Symptome hervorrufen, so scheiden sie bei der Beurteilung des vorliegenden Falles aus.

Beim Botulismus liegen diese Verhältnisse insofern anders, als die mit Botulinusgift behafteten Nahrungsmittel durchaus keine Zersetzungserscheinungen zu bieten brauchen;

in manchen Fällen fielen sie allerdings auch durch ihren muffigen ranzigen oder säuerlichen Geruch auf. Die ursprünglich einwandsfreien und frischgenossenen ganz unschädlichen Nahrungsmittel, die von gesunden Tieren und Pflanzen herrühren, werden vielmehr erst nach ihrer Konservierung durch die Giftproduktion der Botulinuskeime für den Menschen toxisch. Auf welche Weise die Botulinuskeime in die Nahrungsmittel später hineingelangen, entzieht sich noch vollständig unserer derzeitigen Kenntnis. Wir haben noch keine Erklärung dafür, warum z. B. diese Bazillen bei ein und derselben Schlachtung und bei der gleichen Konservierungsart nur in einem Schinken zur Entwicklung kommen, während das andere Fleisch der gleichen Schlachtung vollständig davon frei bleibt. Diese Verhältnisse sind natürlich für die Beurteilung der Schuldfrage von Bedeutung. —

Botulismuserkrankungen wurden nach Genuß verschiedener Nahrungsmittel beobachtet. Insbesondere traten sie wiederholt nach Genuß von geräucherten Kochwürsten auf; man bezeichnete daher früher den Botulismus allgemein als „Wurstvergiftung“ und sein Gift als „Wurstgift“. Daß die — nur bei Sauerstoffabschluß gedeihenden — Botulinuskeime sich in den Würsten anzusiedeln vermögen, erklärt sich daraus, daß diese Bazillen in der Tiefe dicker Würste die für ihr Wachstum nötigen Bedingungen vorfinden; auch eine Vermehrnng dieser Bazillen in dünneren Würsten wird dadurch ermöglicht, daß Fäulniskeime und anderweitige Begleitbakterien den vorhandenen Sauerstoff verbrauchen, und daß fernerhin das tierische Gewebe (Wurstfüllsel) dieses Gas zu absorbieren vermag.

Man hat Botulismus weiterhin nach Genuß von Schinken, geräucherten und gesalzenen Fischen sowie von vegetabilischen Nahrungsmitteln (weißen Bohnen) beobachtet und seine Erreger in ihnen kulturell nachgewiesen. Auch nach Einverleibung von Krebsen und Weichtieren wurde ein klinisch wohlcharakterisierter Botulismus beobachtet. Aehnliche Krankheitserscheinungen stellte man fernerhin nach Genuß von Fleischkonserven und Salm in Büchsen, von Wildpret- und Entenpasteten, von Fleischkäse etc. fest. —

Im Gegensatz zu der verhältnismäßig einfachen bakteriologischen Feststellung der Paratyphus-Gärtner-Nahrungsmittelvergiftungen ist der Nachweis beim Botulismus dadurch erschwert, daß der Bacillus botulinus nur außerhalb des menschlichen Organismus gedeiht. In dem Körper des Menschen und der Tiere vermag er nicht weiter zu wachsen und geht bald zugrunde. Selbst größere Mengen dieser Keime, die man einem Versuchstiere einverleibt, verschwinden sehr rasch und sind schon in kurzer Zeit nicht mehr in seinem Körper nachzuweisen. Der Versuch der Feststellung von Botulinuskeimen in der Leiche einer an Botulismus verstorbenen Person erscheint daher so gut wie aussichtslos; er ist bis jetzt überhaupt erst einmal einwandsfrei gelungen. Auch das für

den Menschen so giftige Botulismustoxin besitzt nur eine sehr geringe Widerstandsfähigkeit und dissoziiert sehr leicht. Auf 70° erhitzt, verändert es sich schon nach kurzer Zeit und verliert seine Giftigkeit; ein kurzes Auskochen von botulismusgifthaltigen Konserven schützt daher vollständig vor einer Vergiftung. Infolge seiner großen Resorptionsfähigkeit wird das Gift fernerhin sehr rasch vom Darme aus resorbiert; sein Nachweis im Magen und Darminhalt stößt daher ebenfalls auf große Schwierigkeiten.

Schließlich kommt noch hinzu, daß nicht alle Teile einer Nahrungsmittelkonserve giftig sind, da bekanntlich die Botulinuskeime meist inselartig in den Nahrungsmitteln wachsen. Es erkranken infolgedessen oft nur einzelne Personen, während andere, die von der gleichen Konserve gegessen hatten, vollständig gesund bleiben. Unter diesen Umständen ist es erklärlich, daß Botulinusbazillen nur dann nachzuweisen sind, wenn man auch wirklich „Botulinusinseln“ zur Untersuchung bekommt.

Nun stand wohl im vorliegenden Falle ein Stückchen Muschelfleisch zur Verfügung, das von dem Erbrochenen des K. herrührte. Das Bröckchen war aber nur erbsengroß, hatte mehrere Tage in einem Eimer gelegen und machte einen vollständig ausgelaugten Eindruck, als es 9 Tage später zur Untersuchung kam. Da das Botulinusgift auch im Licht und an der Luft sehr rasch seine Giftigkeit einbüßt, konnte eine Giftwirkung bei der Toxinprüfung des Speisebröckchens kaum mehr erwartet werden.

Auf Grund der vorstehenden Ausführungen muß daher die Frage, ob der negative Ausfall bei den im Untersuchungsamte vorgenommenen Untersuchungen einen Botulismus bei dem Verstorbenen ausschließt, verneint werden. —

Obschon nur der bakteriologische Nachweis von Botulinuskeimen und des von ihnen gebildeten Toxins durch den Tierversuch mit absoluter Sicherheit die Diagnose auf Botulismus stellen läßt, so genügt doch schon zu seiner Erkennung das prägnante typische Krankheitsbild.

Wie bereits oben erwähnt, setzt sich dieses in der Hauptsache aus neuroparalytischen Störungen und zwar zentralen Ursprungs zusammen; besonders sind dabei die Hirnnerven in Mitleidenschaft gezogen. Die äußerst charakteristischen Vergiftungserscheinungen treten meist erst nach einer Latenzzeit von 24 Stunden, mitunter aber auch schon früher auf. Sie äußern sich in anfänglichem Schwindelgefühl, Pupillenerweiterung, Augenmuskellähmung, Herabhängen des Augenlides, Störungen der Speichelsekretion, undeutlicher Sprache, Stimmlosigkeit, Gehirnstörungen, Schluckbeschwerden, Störungen der Lungen- und Herztätigkeit (Zyanose) sowie in großer Hinfälligkeit. Fieber ist dabei nicht vorhanden.

Dieser vollständige Symptomenkomplex findet sich nur in den seltensten Fällen bei ein und derselben Vergiftung vor, doch pflegen Sehstörungen nicht zu fehlen.

Die Erscheinungen von seiten des Magens und Darmes sind sehr verschieden: meist Verstopfung, mitunter Erbrechen, selten Durchfälle. Der Tod erfolgt durch Atmungslähmung und kann schon innerhalb der ersten 24 Stunden auftreten, doch kommt es meist erst später zum Exitus.

Das klinische Bild des Botulismus erinnert also einerseits an die akute entzündliche Erkrankung des verlängerten Markes (progressive Bulbärparalyse); es hat anderseits Aehnlichkeit mit Vergiftungen durch pflanzliche Alkaloide (Atropin, Hyoszin, Hyoszyamin, Gelsemin) und durch Methylalkohol.

Vergleicht man nun diese typischen Erscheinungen des Botulismus mit dem bei dem verstorbenen K. erhobenen klinischen Befunde, so ergibt sich eine volle Uebereinstimmung der beiden Krankheitsbilder. Auch bei K. trat als erstes Vergiftungssymptom Schwindelgefühl auf. Im weiteren Verlaufe wurden Pupillenerweiterung, Andeutung von Ptosis, Sekretionsstörungen (trockene Zunge) undeutliche Sprache, Zyanose und rasselnde Atmungsgeräusche festgestellt.

Das Sensorium der K. war anfänglich nicht getrübt, (er verlangte noch selbst in das Krankenhaus gebracht zu werden); erst kurz vor dem Tode war er leicht benommen. Dieses leichte Benommensein, das auf eine Kohlensäureanhäufung im Blute infolge der einsetzenden Atmungslähmung zurückzuführen ist, wurde — wie die durch Vaguslähmung bedingte Pulsbeschleunigung —, auch bei den Botulismusfällen in Darmstadt (Bohnenvergiftung 1904) gegen das Ende zu bei den Vergifteten beobachtet.

Die bei K. festgestellten Krankheitserscheinungen weisen demnach mit annähernder Sicherheit auf einen Botulismus hin.

Für das Vorliegen eines Botulismus bei dem verstorbenen K. spricht schließlich der Sektionsbefund: Hyperämie der parenchymatösen Organe und Lungenödem.

Zusammenfassung:

1. Die Untersuchung der eingesandten Muschelfleischwürste, des Speisebröckchens sowie des Sektionsmaterials haben keinen Anhaltspunkt für das Vorliegen einer bakteriellen Nahrungsmittelvergiftung ergeben.

2. Der negative Ausfall der Untersuchungen schließt eine Nahrungsmittelvergiftung durch Botulinusgift nicht aus.

3. Der bei dem verstorbenen K. erhobene klinische Befund sowie das Sektionsergebnis berechtigen vielmehr zu der Annahme, daß der Tod des K. auf eine Nahrungsmittelvergiftung durch Muschelfleischwurst (Botulismus) zurückzuführen ist.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die am 7. Oktober d. J. in Dresden abgehaltene IV. Krippenkonferenz.

Die Konferenz war verhältnismäßig gut besucht. Zum ersten Punkt der Tagesordnung:

I. Die Aussichten der Versorgung des Kindes der außerhäuslich erwerbstätigen Frau in Familie und Anstalt,

sprach als Berichterstatter Prof. Dr. **Rietschel**-Würzburg: Durch die vermehrte außerhäusliche Erwerbsfähigkeit der Frau im Kriege ist die Unterbringung der Kinder dieser Frauen ein wichtiges Glied in der sozialen Fürsorge geworden. Die Krippe ist zweifellos berufen, hier helfend mit einzugreifen, wenn auch nur ein kleiner Teil dieser Kinder (etwa 10 °/o) in Krippen heute versorgt wird (wobei unter Krippen nur die Tageskrippen, nicht etwa die Tag- und Nachtkrippen (Kriegsheime) verstanden werden). Auf die gesamte Arbeit der Krippen (Einrichtung. Betriebe usw.) hat der Deutsche Krippenverband außerordentlich segensreich gewirkt. Trotzdem ist die Krippe noch nicht die idealste Lösung des Problems für die Unterkunft der Kinder erwerbstätiger Frauen. Die Vorzüge der Krippenpflege werden selbst bei guter Leitung und Pflege, hygienischen Räumen leider oft wieder aufgehoben durch die Notwendigkeit des Zusammenlegens vieler Kinder in einem engen Raum. Dadurch werden Infektionen ganz allgemein begünstigt. Besonders unheilvoll wirkt das enge Zusammenlegen von Säuglingen durch die Grippe-Infektionen, die für das Gedeihen des Säuglingsalters in der Anstalt entscheidend sind. Was die Art der Ernährung angeht, so sollte von Fettmischungen in den Anstalten als Normalmilchmischung mehr Gebrauch gemacht werden, da die Widerstandsfähigkeit der Kinder dabei eine besserere ist. Freilich stößt jetzt im Kriege die Art dieser Methodik auf unüberwindliche Schwierigkeiten.

In der häuslichen Pflege ist als großer Fehler der Mangel jeder Aufsicht anzusehen. Dem könnte einmal entgegenwirken eine Erweiterung der Fürsorgebestimmungen, daß alle Frauen, die Kinder auch nur tagsüber in Pflege nehmen, der Aufsichtsbehörde davon Mitteilung zu machen hätten. Ganz besonders schwierig ist aber die Kontrolle über die in der Familie zurückbleibenden ehelichen Säuglinge und Kleinkinder. Restlos ist daher die Frage, ob Krippen- oder Familienpflege besser ist, nicht zu lösen, weil beiden Methoden noch Mängel anhaften, die nicht zu vermeiden sind. Krippen- und häusliche Pflege müssen sich daher notwendig ergänzen; beide sind verbesserungsfähig und weiter auszubauen.

An den Vertrag knüpfte sich eine lebhafte Diskussion.

II. Kriegskinderheime, ihre Stellung in Gegenwart und Zukunft.

Prof. Dr. **Ibrahim**-Jena: Die sogenannten Tag- und Nachtkrippen sind von den Tageskrippen grundsätzlich verschieden. Sie sind nichts anderes als geschlossene Säuglings- und Kleinkinderheime.

Solche Kriegskinderheime müssen deshalb, wenn sie ihren Pfleglingen wirklich zum Gedeihen verhelfen wollen, auf andere Grundlagen gestellt werden wie die Krippen. Sie müssen nicht nur wie diese gewissen Mindestforderungen der baulichen Anlage, der Ausstattung, des Betriebes und der ärztlichen Ueberwachung genügen, sondern sie müssen auch mit Ammen, Nachtwachen und ausreichendem Pflegepersonal versorgt sein.

Heime, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, sollten als Notbehelfe nur solange in Tätigkeit bleiben, als ein unbedingtes Bedürfnis für sie besteht. Nur Kinder, für die durchaus kein anderes Unterkommen gefunden werden kann, sollten dort aufgenommen, und auch dies so bald als möglich wieder in Außenpflege abgegeben werden. Kinder unter 3 Monaten sollten nur aufgenommen werden, wenn die Mutter wenigstens teilweise zum Stillen herangezogen werden kann.

Wenn eine Krippe gleichzeitig als Tageskrippe und Kriegskinderheim in Anspruch genommen wird, so muß eine völlige räumliche Trennung dieser beiden Betriebe durchgeführt werden, um Einschleppungen von Infektionen in das Kinderheim zu verhüten.

Die Mehrzahl aller Kriegskinderheime wird nach dem Kriege wieder aufzulösen sein.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Fleckfieber.

Gibt es außer den Weil-Felixschen Proteusstämmen andere durch Fleckfieberblut spezifisch agglutinable Bakterien? Cand. zool. A. Kreuscher. (Aus dem deutschen Roten-Kreuz-Lazarett in Konstantinopel). Berliner klin. Wochenschrift; 1918, Nr. 16.

Die obige Frage bejaht Verfasser, nachdem es ihm nach langem vergeblichen Suchen gelungen ist, mit einem Keim aus der Pyocyaneus-Gruppe (Z 1 genannt), der aus dem Stuhl eines kurz darauf verstorbenen Fleckfieberkranken gezüchtet wurde, Agglutinationen von Sera Fleckfieberkranke (oft über 1 : 1000) zu bewirken. Weiteren Untersuchungen muß die Bedeutung dieser Beobachtung vorbehalten bleiben. Dr. Solbrig-Breslau.

Ueber Versuche prophylaktischer Impfung gegen Fleckfieber. Von Dr. P. Neukirch. (Aus dem deutschen Roten-Kreuz-Lazarett in Konstantinopel). Berliner klinische Wochenschrift; 1918, Nr. 16.

Verfasser stellte sich selbst ein Fleckfieberimpfstoff her, indem er das Serum Fleckfieberkranker mit Chloroform behandelte, und nahm prophylaktische Impfungen in großer Zahl vor. Nennenswerter Schaden entstand durch die Impfung niemals; bei manchen Geimpften stellten sich vorübergehend Allgemeinerscheinungen ein. Verfasser nimmt an, daß die Schutzimpfungen Nutzen bringen und empfiehlt sie dann, wenn es sich um Personen handelt, die mit der Entlausung beschäftigt sind, auch da, wo die Unterdrückung des Fleckfiebers mit Hilfe der allgemeinen Entlausung unmöglich ist. Von 300 in einem Fleckfieberdistrikt geimpften Personen erkrankten 12, die sämtlich am Leben blieben. Dr. Solbrig-Breslau.

---

2. Ruhr.

Untersuchungen über Ruhrimpfstoffe in vivo und vitro. Von Stabsarzt Prof. Dr. Boehncke, Oberarzt Dr. Hamburger und Oberarzt Dr. Schelenz, zurzeit im Felde. Berliner klinische Wochenschrift; 1918, Nr. 6.

Die Versuche wurden mit Gemischen von Ruhrvakzinen vorgenommen und führten zur Benutzung des sog. Impfstoffes Dybacta (Boehncke), eines bacillär-toxisch-antitoxischen Impfstoffes. Der Impfstoff wird gut vertragen, von Tausenden von Geimpften hat kaum einer die Arbeit aussetzen müssen; leichte lokale Rötungen sind die Regel, selten kommt es zu Entzündungen in der weiteren Umgebung oder zu Allgemeinerscheinungen wie Kopfschmerzen. Durch die Injektion wird eine Agglutinbildung, besonders gegen Dysenteriebazillen (Shiga-Kruse), hervorgerufen.

Bei aller gebotenen Zurückhaltung erwarten die Verfasser, daß der genannte Ruhrimpfstoff dazu beitragen wird, den Kampf gegen die Ruhr erfolgreicher zu gestalten; bereits vorliegende Berichte über den Verlauf der Erkrankung bei Geimpften dürfen als ermutigend betrachtet werden.

Dr. Solbrig-Breslau.

Zur Diagnose und Epidemiologie der Ruhr. Von Dr. Schweriner. Aus einer bakteriologischen Untersuchungsstelle. Berliner klinische Wochenschrift; 1918, Nr. 10.

Aus einem größeren Untersuchungsmaterial gewann Verfasser folgende Ergebnisse:

Die Ruhrbazillen werden in Stuhlproben schnell von Saprophyten überwuchert und entgehen so den Nachweis.

Diese Ueberwucherung wird durch Wärme begünstigt, kann durch Kältewirkung erheblich gehemmt werden. Es empfiehlt sich, Stühle zur Untersuchung in Eis verpackt einzusenden.

Durch Behandlung der Kranken mit Calomel, Wismut, Bolus, Tierkohle, Tannalbin u. a. wird der Bazillennachweis im Stuhl nahezu unmöglich gemacht.

Dauerausscheider werden in einem erheblichen Prozentsatz gefunden. Sollen durch Schlußuntersuchungen Dauerausscheider festgestellt werden, so ist

die Behandlung mit obengenannten Mitteln zu unterbrechen. Empfehlenswert ist, vor der Entnahme des Probematerials Verabreichung eines Abführmittels.

Das klinische Bild der ätiologisch sichergestellten Ruhrfälle ist sehr mannigfaltig. Neben fieberlosen Durchfällen (12 %) finden sich Erkrankungen mit erheblich gestörtem Allgemeinbefinden (29 %), plötzlichem Fieberanstieg bis 40°, nicht selten Erbrechen, einige Male Milztumor.

Die Leistungsfähigkeit der bakteriologischen Stuhluntersuchung ist bei Ruhr zum mindesten nicht schlechter als beim Typhus. Sie könnte noch erheblich verbessert werden durch möglichst frühzeitige und schnelle Einsendung des Untersuchungsmaterials. Dr. Solbrig-Breslau.

3. Diphtherie.

Nochmals über die Alkoholfestigkeit der Diphtherie- und Pseudo-Diphtheriebazillen. Von Privatdozent Dr. Schmitz. Berliner klinische Wochenschrift; 1918, Nr. 13.

Auf eine Kontroverse über die Alkoholfestigkeit der Diphtheriebazillen betont Verfasser, daß die von Langer empfohlene verlängerte Alkoholverfärbung für die praktische Diphtheriediagnose keinen großen Wert besitze und hinter den vom Verfasser selbst als geeignet zur Diphtherieprüfung erwiesenen Punkten (Morphologie und Lage, Neißerfärbung, Wachstum in Anaerobiose, Säuerung des Thielschen Nährbodens und Virulenz) zurückstehen.

Dr. Solbrig-Breslau.

Ueber diphtherieähnliche Bazillen im Auswurf. Von Prof. Port. Aus der inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Augsburg. Berliner klinische Wochenschrift; 1918, Nr. 11.

Verschiedentlich hat man im Auswurf diphtherieähnliche Bazillen gefunden und daraus Schlüsse für die Bekämpfung der Diphtherie gezogen. Verfasser berichtet nun über 5 Fälle, bei denen es sich um chronische Lungenveränderungen handelte, die zum Teil durch akute Prozesse überlagert waren und wobei Bazillen im Sputum sich fanden, die in Aussehen, Lagerung und färberischem Verhalten vollkommen Diphtheriebazillen glichen; in 3 Fällen gelang auch die Züchtung auf Löffler-Serum. Für die Frage der Bazillenträger sind solche Beobachtungen, wie Verfasser hervorhebt, von Bedeutung; er glaubt deshalb, daß man künftig mehr als bisher das Sputum in den Bereich der Untersuchungen und Desinfektionsmaßnahmen bei der Prophylaxe der Diphtherie wird ziehen müssen. Dr. Solbrig-Breslau.

4. Wochenbettfieber.

Die Behandlung des Kindbettfiebers in Spital und Praxis. Von Primarius C. P. Mansfeld. Aus dem sädtischen Frauenspital Budapest-Bakáts-Platz. Wiener klinische Wochenschrift; 1918, Nr. 32.

Obwohl die Anmeldung des Kindbettfiebers gesetzlich vorgeschrieben ist, wird in Budapest nur eine geringe Zahl der Fälle angezeigt. Bei 17 000 Geburten und Fehlgeburten im Jahre 19 6 sind in Budapest nur 14 Fälle von Puerperalfieber verzeichnet; auf die Abteilung des Verfassers allein waren aber 62 Fälle eingeliefert worden.

In den Jahren 1915 bis 1917 betrug in der Anstalt die Zahl der Geburten 3755, die Zahl der Aborte 676; es fieberten im Wochenbett 533. Aus extragenitalen Ursachen fieberten 14 %. Von den restlichen 86 % = 452 blieb die Erkrankung am Geburtskanal lokalisiert bei 400 = 89 %, während 11 % parauterine oder allgemeine Infektionen hatten. Die Sterblichkeit der Genitalfiebernden betrug 3 %, die der parauterinen und allgemeinen Infektionen 27 %.

Von den in die Anstalt im Wochenbett eingelieferten Kranken (184) waren an Extragenitalfieber 14, an Puerperalfieber 170 erkrankt. Lokalisiert blieb bei diesen die Krankheit in 30 %, parauterine oder allgemeine Infektion fand sich in 70 %. Die Gesamtsterblichkeit betrug 22 %, die Sterblichkeit bei der parauterinen oder allgemeinen Infektion dagegen 35 %.

Der Autor spricht sich gegen jede lokale Therapie aus. Bei der Lokalbehandlung werden bedeutend mehr Fälle parauterin. (16 % gegen 1—10 %)

nach den Tabellen von Winter, Mermann, Schmidlechner, Mansfeld, v. Herff).

Mit Rücksicht auf die in Nr. 14 der Zeitschrift für Medizinalbeamte erschienen Arbeit von Schultz-Schultzenstein ist es von Interesse die Ansicht des Autors über Entfernung von Plazentarresten zu hören. Er gibt folgende Tabelle: Von 76 Fällen der Praxis waren an Extragenitalfieber erkrankt 14, an Genitalfieber 62, schwere Fälle 39, leichte 23, gestorben sind 11 = 17%. Manipulationen in der Gebärmutter waren ausgeführt in 13 von 62 Fällen = 20%. Von letzteren starben 6 = 46%. Suchen nach Plazentarresten mit Finger oder Kurette kommen also bei jeder 5. Frau vor; von diesen starben fast die Hälfte. Er schließt: So lange Aerzte und Hebammen nicht die Ueberzeugung gewinnen, daß retenierte Plazentarreste an sich kein schweres Fieber verursachen, kann eine Besserung nicht eintreten. Auch bei Frauen die ausdrücklich mit der Angabe eingeliefert wurden, daß die Placenta bei der Geburt nicht intakt war, (besonders Hebammen haben oft diese Angst) fand sich bei der Sektion kein Fall, wo ein retenierter Plazentarrest Ausgangspunkt der Sepsis gewesen wäre. Auch beim febrilen Abort spricht er für konservativeres Vorgehen. Von 159 in der Stadt und der Anstalt aktiv Behandelten zeigten fieberfreies Wochenbett nur 15%, leichtes Fieber 30%, schweres Fieber (einschl. der Gestorbenen) 53%, verliefen tödlich 19%; 130 in der Anstalt konservativ behandelte Fälle wiesen dagegen folgende Zahlen auf: 68%, 25%, 6%; es starben nur 1,5%

Er empfiehlt die Anwendung des Argochroms und operatives, chirurgisches Vorgehen bei beginnenden Peritonitiden und fieberhaften auf Perforation verdächtigen Fällen; dagegen strenger Konservatismus beim febrilen Abort und völliges Einstellen der Lokalbehandlung beim Puerperalfieber.

Dr. Mayer-Simmern.

---

5. Tuberkulose.

Therapeutische Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulose-Heilmittel. Von Oberarzt Dr. W. Kühne. Aus dem neuen Städtischen Krankenhaus Cottbus. Berliner klinische Wochenschrift; 1918, Nr. 7.

Auch dieser Verfasser hat auf Grund der von ihm beobachteten Fälle — es werden 20 Fälle genauer — 9 summarisch beschrieben — die Ueberzeugung gewonnen, daß bei richtiger, rechtzeitiger Anwendung des Friedmannschen Mittels, sowohl bei Lungentuberkulose, als auch bei chirurgischer Tuberkulose Heilresultate erzielt werden, wie sie bei Anwendung der übrigen bisher üblichen Heilmaßnahmen nicht zu erreichen sind. Dr. Solbrig-Breslau.

Erfahrungen mit der Tuberkuloseimpfung nach Friedmann. Von Geh. Med.-Rat Generalarzt Prof. Dr. Kölliker. Aus der Universitäts-Poliklinik für orthopädische Chirurgie und dem Leipziger Heim für gebrechliche Kinder. Berliner klinische Wochenschrift; 1918, Nr. 7.

Verfasser hat das Verfahren bei verschiedenen Tuberkulosen (Spondylitis, Coxitis) Gonitis, multiple Knochen- und Hauttuberkulose, Hodentuberkulose u.a.) angewandt und eine kleinere Anzahl von Kranken fortlaufend beobachten können. Er rühmt das Friedmannsche Mittel, für dessen Anwendung selbtverständlich eine genaue Kenntnis der Technik notwendig ist, und fordert dazu auf, diese Behandlung einzuleiten, und zwar möglichst in den Anfangsstadien der Erkrankung. Dr. Solbrig-Breslau.

Die Anzeigepflicht bei Tuberkulose. Von Dr. Götzl. Tuberkulose-Fürsorgeblatt; Wien 1918, Nr. 3.

1. Weder die Ergebnisse der medizinischen Forschung, noch die sozialen Bedingungen, unter denen die Anzeige bei Tuberkulose erfolgen soll, können in den Verfügungen in gesetztechnisch einwandfreier Weise zum Ausdruck gebracht werden.

2. Wie alle anderen Maßnahmen ist die Anzeige nur als ein unterstützendes Mittel zur Abwehr der Tuberkulose anzusehen, das den Einfluß allgemein wirkender, sozialökonomischer Momente, der sich in erhöhter Tuberkulosesterblichkeit äußert, nicht aufzuwiegen vermag.

3. Die Statistik ist vorläufig nicht imstande, den einwandfreien Beweis dafür zu erbringen, daß die Durchführung der Anzeigen bei Tuberkulose ein Einfluß auf die Tuberkulosesterblichkeit zukommt.

4. Das Ausmaß, in dem die Anzeige — sei es die freiwillige, sei es die zwangsweise — durchgeführt wird, hängt im wesentlichen von dem Kulturniveau der Bevölkerung sowie davon ab, inwieweit sonstige, der Eindämmung der Tuberkulose dienende Einrichtungen und Vorkehrungen vorhanden sind. Nur als Mittel zum Zweck, nicht aber als Selbstzweck kann sie in dem Verständnisse der Bevölkerung näher gebracht werden. Dr. Wolf-Hanau.

6. Rückfallfieber und Fünftagefieber.

Das Rückfallfieber. Von Oberstabsarzt Prof. Dr. Jürgens-Berlin Berliner klinische Wochenschrift; 1918, Nr. 19.

Das Rückfallfieber ist eine alte Kriegsseuche, für deren Ausbreitung lediglich blutsaugende Insekten, besonders die Läuse, in Betracht kommen. In seinen klinischen Erscheinungen ist das Rückfallfieber so typisch und eigenartig, daß es schon frühzeitig, lange vor Entdeckung der Spirochäten, als eine besondere Infektionskrankheit erkannt wurde. Der plötzliche, ganz unvermittelte Beginn mit hohem Fieber und begleitenden Allgemeinerscheinungen, das rasch sich entwickelnde schwere Krankheitsbild und der nach wenigen Tagen ebenso plötzlich eintretende Anfall und die Rückkehr zu beschwerdefreier Rekonvaleszenz geben der Krankheit ihr Gepräge. Die Inkubationszeit beträgt 5—7 Tage; danach tritt mit der Spirochätenüberschwemmung des Blutes die Krankheit unvermittelt hervor. Neben dem Fieber fällt besonders die starke Beschleunigung des Pulses auf (120 und darüber). Starke Glieder- und Muskelschmerzen stehen manchmal ganz im Vordergrunde der Beschwerden. Nächtliche Unruhe, Erbrechen sind häufig. Nachkrankheiten, wie Furunkelbildung, Dysenterie, skorbutähnliche Zustände, Oedeme erschweren oft die Genesung.

Die Diagnose ist immer leicht und schon deshalb sicher am Krankenbett zu stellen, weil der Spirochätennachweis im Blut noch immer fast gelingt. Die Prognose ist nur nach genauer klinischer Untersuchung zu stellen. Das einfache Rückfallfieber ist keine gefährliche Erkrankung. Die Mortalität ist durchschnittlich 2—5%; Todesfälle werden aber fast ausschließlich durch Komplikationen verursacht. Therapeutisch hat sich das Neosalvarsan bewährt, eine Einspritzung von 0,6 genügt, um das Rückfallfieber jederzeit sicher abzuschneiden. Epidemiologisch ist zu berücksichtigen, daß die Empfänglichkeit für die Spirochäteninfektion allgemein ist und daß die Uebertragung hauptsächlich durch Läuse erfolgt. Die Uebertragungsmöglichkeit ist aber vielfältiger als beim Fleckfieber, wo lediglich der Läusestich Bedeutung hat. Die Entlausung kommt als Maßnahme zur Bekämpfung der Seuche hauptsächlich in Betracht. Dr. Solbrig-Breslau.

7. Zoonosen (Rotz).

Ein Fünftagefieberherd in einer Panjefamilie. Von Oberarzt d. R. Dr. Linden. Berliner klinische Wochenschrift; 1918, Nr. 18.

Verfasser beobachtete an der nördlichen Ostfront zahlreiche Fünftagefieberfälle, von denen eine Gruppe auf Infektionen durch eine Panjefamilie zurückzuführen war. Diese Familie wies nämlich bei genauerer Untersuchung bei 5 Mitgliedern regelmäßige Fieberanfälle auf, während von subjektiven Beschwerden im Fieberanfall nicht viel feszustellen war. Die Erkrankungen unter den Zivilpersonen waren leichter als bei den Soldaten. Nach gründlicher Entlausung der Landbewohner hörten die Erkrankungen unter den Soldaten auf. Verfasser nimmt mit anderen Autoren an, daß die Laus als Ueberträger der Krankheit anzusehen ist. Dr. Solbrig-Breslau.

Beitrag zur Komplementablenkung bei Rotz. Von Dr. Rudolf. Berl. Tierärztl. Wochenschrift; 1918, Nr. 38.

1. Durch die Inaktivierung bei 63°—64° C. während 30—40 Minuten werden die antikomplimentären Stoffe ohne Schädigung der spezifisch komplementablenkenden Körper zerstört.

2. Die Zahl der zweifelhaften Blutbefunde wird auf ein Mindestmaß reduziert.

3. Die Komplementbindungsmethode ist wahrscheinlich bei Anwendung dieser Inaktivierungstemperatur auch für Esel-, Maulesel- und Maultiersera verwendbar. Dr. Wolf-Hanau.

---

8. Desinfektion.

Ueber neue Ersatzpräparate für Kresolseifenlösung. Von Dr. Ditthorn-Berlin. Der Praktische Desinfektor: 1918, Nr. 9—10.

Unterzieht man die neuen Kresolpräparate einer kritischen Beurteilung, so ergibt sich, daß es der Industrie zwar gelungen ist, eine Reihe von wasserlöslichen Kresolen herzustellen, daß aber manchen davon noch recht erhebliche Mängel bezüglich der guten Wasserlöslichkeit und der Reaktion anhaften. Machen sich bei einem Präparate beide Nachteile bemerkbar, so wird seine Brauchbarkeit für alle Zwecke der Desinfektion wegen der damit möglicherweise verbundenen Schädigungen des Desinfektionsgutes in Frage gestellt. Für Zwecke der Großdesinfektion spielt die mehr oder mindere Stärke der alkalischen Reaktion keine Rolle. Dies ist nur bei empfindlicheren Gegenständen, wie sie bei der Wohnungsdesinfektion in Frage kommen, in Betracht zu ziehen.

An Desinfektionsmittel für diese Zwecke sind vollkommene Löslichkeit in Wasser und möglichst neutrale Reaktion als Hauptforderungen neben einer ausreichenden keimtötenden Kraft zu stellen. Die vollständige Löslichkeit im Wasser ist deshalb nötig, weil etwa ungelöst gebliebenes Kresol sich in obiger Form ausscheiden und zu Verätzungen und Schädigungen Anlaß geben kann.

Die neutrale Reaktion ist zu fordern, weil Möbelbezüge, Tapeten, Fußbodenanstriche usw. durch alkalische Flüssigkeiten beschädigt werden können. Werden durch schwach alkalisch reagierende Desinfektionsflüssigkeiten auch keine direkten Zerstörungen hervorgerufen, so genügen doch oft schon durch sie entstandene sog. Schönheitsfehler, um Unannehmlichkeiten und Beschwerden zu veranlassen.

Da sich die besprochenen Ersatzprodukte (Phenolul, Kresolit, Kresolinkresol, Betalysol, Optikresol, Fawestol) hinsichtlich ihrer keimtötenden Wirkung alle einwandfrei erwiesen haben, ist je nach dem Anwendungsgebiet über ihre Verwendung zu entscheiden, wobei die Preisfrage sehr wohl zu berücksichtigen ist.

Als ein sehr guter Ersatz für die Kresolseifenlösung ist ohne Zweifel das neutrale 100proz. Kresolpräparat Fawestol, das auch hinsichtlich der Kosten einen großen Vorzug besitzt, anzusehen; die kleine Mühe des Anschüttelns des Fawestols mit der gleichen Menge Wasser zu einer Emulsion vor der Herstellung der Lösung wird in Anbetracht seiner sonstigen Vorzüge weit aufgewogen. Dr. Wolf-Hanau.

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Gewerbehygiene.

Krankheitsbilder und Todesursachen bei Dinitrobenzol-Arbeitern. Von Landesgewerbearzt, Reg.- und Med.-Rat Dr. Koelsch-München. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1918, Nr. 18.

Das Dinitrobenzol ist besonders giftig. Es wird namentlich in Sprengstofffabriken verarbeitet. Die Aufnahme erfolgt durch den Mund, die Atmungswege und die Haut. Die Dinitrobenzol-Vergiftung verläuft typisch mit einem charakteristischen Symptomenbild: Blausucht, die sich bis zu einem bräunlichen Ton steigern kann, Mattigkeit, Schwindel, Appetit- und Schlafstörungen, bei schweren Fällen Erbrechen, Beklemmung, Atemnot, Herzklopfen, neuritische Schmerzen, Sehstörungen, Krämpfe, Bewußtlosigkeit. Die anatomischen Unterlagen dieses Krankheitsbildes beruhen auf der Schädigung des Blutes: Methämoglobinbildung und hämoglobinämische Degeneration.

Meist kommt es zur Genesung nach Ablauf von 1—2 Wochen. Dauerschädigungen sind dem Verfasser nicht bekannt geworden. Häufig sind wiederholte Erkrankungen. Die schweren, tödlich endenden Fälle sind durch stürmischen Verlauf ausgezeichnet. Zur Illustrierung werden mehrere Krankheits-

geschichten tödlicher Fälle mitgeteilt, auch nähere Angaben über den Obduktionsbefund gemacht. Schließlich erörtert Koelsch einige Fälle, bei denen die ätiologische Beurteilung tödlich verlaufender Fälle mancherlei Schwierigkeiten bot und der behandelnde Arzt die Sachlage nicht genau zu überblicken vermochte. Da der ärztliche Praktiker die erforderlichen gewerbehygienischen Spezialkenntnisse nicht besitzen kann, um solche Fälle immer richtig zu beurteilen, fordert Koelsch, wie er es auch sonst schon wiederholt getan hat, die weitere Ausgestaltung des gewerbeärztlichen Dienstes, wie dies zum Nutzen im Ausland und in verschiedenen süddeutschen Bundesstaaten bereits geschehen ist. Dr. Sölbrig-Breslau.

---

2. Schulhygiene.

Der Aufstieg der Begabten. Von Sanitätsrat Dr. Hanauer-Frankfurt a. M. Zeitschrift für Schuldesundheitspflege; 1918, Nr. 9 und 10.

Die „Einheitsschule“, die die Frage der Förderung der Begabten auch in den unteren Ständen in sich schließt, ist bisher mehr theoretisch erörtert, als in die Praxis umgesetzt. Es dürfte aber mit der Neugestaltung der Verhältnisse im Staatsleben, die wir jetzt erleben, der Zeitpunkt nahe gerückt sein, in dem das verwirklicht wird, was von vielen Seiten gefordert wird. Die Aerzte und speziell die Schulärzte haben zweifellos ein erhebliches Interesse an diesen Fragen. Der schulärztliche Dienst muß dadurch beeinflußt werden; bei der Auswahl der Begabten sollte der Schularzt beteiligt werden und die Frage etwaiger Ueberbürdung der Schulkinder wird die Aerzte und Schulärzte besonders beschäftigen.

Ueber die prinzipiellen Fragen der Einheitsschule ist noch keine Einigung herbeigeführt. Man debattiert noch darüber, ob die Förderung der begabten Kinder bald nach Eintritt in die Schule, in der Mitte des Schullebens oder am Ende der Schulzeit beginnen soll. Vom schulhygienischen Standpunkt wird mit Recht der letzte Modus gemißbilligt, da dabei die Schüler nach einer langen Schulzeit mit einer Unterernährung hinsichtlich des Bildungsstoffes einer schädlichen Ueberernährung ausgesetzt werden.

Die Befürchtungen, daß beim zwangsweisen Besuch der Volksschule die Kinder der besseren Stände sittlich gefährdet werden durch verwahrloste Schulgefährten aus den niederen Ständen, sind übertrieben. Es soll dafür gesorgt werden, daß verwahrloste oder von Verwahrlosung bedrohte Kinder öffentlichen Schulen fern bleiben.

Recht beachtenswert sind die vom Kölner Lehrerverein aufgestellten Forderungen zur Einheitsschulfrage. Sie gipfeln darin, daß als Unterbau des gesamten Schulwesens die allgemeine Volksschule gilt, in der alle Kinder der Nation aufgenommen werden. Für das vorschulpflichtige Alter sollte in allen Fällen, in denen sich die Notwendigkeit herausstellt, eine öffentliche Fürsorge einsetzen. Durch Herabsetzung der Klassenfrequenz, reichliche Ausstattung mit Lehrmitteln, größere Strenge bei Versetzungen ist die Leistungsfähigkeit der Grundschule zu steigern. Für schwer erziehbare Kinder sind besondere „Erziehungsklassen einzurichten. Auf der Grundschule mit 6 Klassen bauen sich auf: 1. Die beiden oberen Volksschulklassen, 2. das mittlere Schulwesen (Realschule für Knaben, Lyzeum für Mädchen) mit 4 Klassen, 3. das höhere Schulwesen (Oberrealschule, Gymnasium mit 6 Klassen. Die befähigten Schüler erhalten schon in der Volksschule vom vierten oder fünften Schuljahr Unterricht in einer modernen Fremdsprache.

Wie denn weiter ausgeführt wird, sind hier und da in deutschen Städten die ersten Schritte getan, um den Aufstieg der Begabten zu ermöglichen. Meist handelt es sich dabei um Vorschläge und erste Ratschläge der praktischen Durchführung. In Hessen und Baden wurde staatlicherseits angeordnet, daß Schüler mit guten Noten in bestimmten Fächern ohne Aufnahmeprüfung von der Volksschule direkt in die unterste oder zweituntersten Klasse der höheren Schule übertreten dürfen. Man kann auf die Weiterentwicklung dieser Frage bei uns gespannt sein. Dr. Solbrig-Breslau.

Gesundheitspflege in der Schule. Bericht über die Tätigkeit der städtischen Schulärzte. Halbmonatschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1918, Nr. 22.

Die Zahl der Schulkinder betrug in Berlin am Ende des Jahres 1916 106681 Knaben und 108852 Mädchen; an Schulanfängern wurden untersucht 12759 Knaben und 12987 Mädchen. In Ueberwachung genommen wurden rund 31000 Kinder, von denen 4835 an Blutarmut, 1421 an Rachitis, 1714 an Skrofulose, 1016 an Knochen- oder Lungentuberkulose litten; Verkrümmung der Wirbelsäule wurde bei 2315 beobachtet.

Bemerkenswert ist ein Bericht über Schulkinderspeisung. Die Versuche haben ergeben, daß das Mindestmaß der Kindermahlzeiten 600 cbcm betrung, und daß die Verwendung von Hefe nicht empfohlen werden kann. Die Untersuchung der tischfertigen Mahlzeiten ergab, daß ihr tätsächlicher Nährwert hinter dem berechneten zurückblieb. Der Gesamtnährwert konnte durch Erhöhung der Kartoffelzugabe aufgebessert werden, allerdings darf die Berechnung der Zugabe nicht nach dem Rohgewicht, sondern nach dem der geschälten und geputzten Kartoffeln erfolgen. Dr. Hoffmann-Berlin.

---

3. Krankenanstalten.

Die Errichtung von Ambulatorien an den städtischen Krankenhäusern. Halbmonatschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1918, Nr. 21.

In den Krankenhäusern müssen viele Kranke verpflegt werden, die eben so gut in der Häuslichkeit bleiben könnten, wenn sie dort hinreichende Pflege hätten. Die Zahl dieser Kranken wird auf ein Viertel aller Krankenhausinsassen geschätzt. Es sollten deshalb Ambulatorien errichtet werden, zunächst als Versuch für die Zeit der Demobilisierung. Schwierig wird aber die Ernährung sein; deshalb sollte den frühzeitig Entlassenen entweder eine Mittagsmahlzeit im Krankenhause gewährt oder für sie Heimstätten eingerichtet werden.

Dr. Hoffmann-Berlin.

---

4. Soziale Hygiene.

Ein Beitrag zur Frage der Bevölkerungspolitik nach dem Kriege. Von Dr. Saulmann. Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; 1918, Nr. 10—11.

Zur Durchführung seiner großen Aufgaben und zur Erhaltung seiner Weltstellung nach dem Kriege bedarf Deutschland dringend des Menschenmaterials, eine Verhütung des weiteren Geburtenrückganges allein kann ihm dieses nicht zur Verfügung stellen. Neben einer Kräftigung des Zeugungswillens und des sittlichen Verantwortungsgefühls dem Vaterlande gegenüber, die zu erstreben sind, hat der Staat alles daran zu setzen, um die Geburtenzahl durch geeignete Maßnahmen nach Möglichkeit zur Aufwuchsziffer zu machen. Dr. Wolf-Hanau.

Bevölkerungspolitik und Infektionskrankheiten im Kindesalter. Von Dr. E. Nast-Straßburg. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1918, Nr. 10—11.

Durch die Krankenhausbehandlung können eine große Anzahl Kinder von Infektionskrankheiten völlig genesen, die sonst daran ad exitum gekommen wären oder eine dauernde Schädigung davongetragen hätten. Da aber gerade die Infektionskrankheiten nicht allein die schwächlichen Kinder befallen, so werden durch die Krankenhausbehandlung vollwertige Menschen erhalten, die der Staat heute mehr als je unbedingt braucht. Dr. Wolf-Hanau.

Wohnungsfrage und Bevölkerungspolitik. Von Dr. Kuczynski in Berlin-Schöneberg. Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge; 1918, Nr. 10—11.

Den Kinderreichen muß bei gleichem Einkommen wie die Kinderarmen eine größere Wohnung durch Uebernahme der Mehrkosten verschafft werden, die dadurch gedeckt werden, daß dem Reiche der Pflichtteil eines Kindes eingeräumt wird, wenn ein vermögender Erblasser nicht wenigstens 3 Kinder oder Nachkommen von 3 Kindern hinterläßt. Dr. Wolf-Hanau.

Besprechungen.

Dr. Max Markuse: Wandlungen des Fortpflanzungsgedankens und -willens. Abhandlungen auf dem Gebiete der Sexualforschung. Bonn 1918/19. Dr. Marcus und E. Webers-Verlag 1. Heft. Einzelpreis 5,20 M. Vorzugspreis 3,90 M.

Wie man an Markuse nicht anders gewöhnt ist, behandelt er die Frage mit großer geistiger Durchdenkung. Dem Christentum schreibt er durchschlagende Wirkung bei, namentlich der katholischen Kirche. Er befürchtet Abnahme des Zeugungswillens nach dem Kriege. Die Negierung des eigenen Fortpflanzungstriebes hat auf mich nicht besonders überzeugend gewirkt. Dem Amtsarzte, der sich wissenschaftlich fortbildet, ist die Abhandlung sehr zu empfehlen. Dr. Graßl-Kempten.

Dr. Gg. Burgl: Hilfsbuch für den bayrischen Landgerichtsarzt. München 1918. Verlag von J. F. Lehmann.

B., der Jahre lang in Nürnberg Landgerichtsarzt war, also völlige Fachkenntnisse besitzt, hat eine „Anleitung für den bayerischen Landgerichtsdienst“ erscheinen lassen, die sich ebenso sehr durch ihre Kürze, wie durch ihre klare Behandlung des Dienstes auszeichnet. Der Landgerichtsarzt, besonders dem angehenden, ist das Büchlein ein willkommener Wegweiser, dem Bezirksarzt ein gern gesehenes Nachschlageheft; auch den Gerichten, die trotz den schon lange bestehenden Vorschriften mit diesen sich oft als nicht völlig vertraut erweisen, wird dies Büchlein zweckdienlich sein. Dr. Graßl.

Tagesnachrichten.

Neue Verordnungen auf sozialem Gebiete. Die neue Reichsregierung arbeitet auf sozialem Gebiete sehr schnell. Zunächst ist durch Verordnung der Volksbeauftragten und des Reichsarbeitsamtes vom 22. November d. J. **die Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung in der Krankenversicherung** auf alle gegen Entgelt beschäftigten Betriebsbeamten, Werkmeister, Handlungsgehilfen, Gehilfen in Apotheken, Lehrer und Erzieher usw. ausgedehnt, wenn ihr regelmäßiger Jahresverdienst auch mehr als 2500 Mark, aber nicht mehr als 5000 Mark beträgt. Jedes frühere Krankenkassenmitglied, das wegen Ueberschreitens der bisherigen Einkommensgrenze (2500 M) ausgeschieden ist, kann seine Wiederaufnahme verlangen. Weiterhin ist durch Verordnung vom 23. November d. J. die **achtstündige Arbeitszeit** (ausschließlich der Pausen) für gewerbliche Arbeiter in allen gewerblichen Betrieben einschl. des Bergbaues, in den Betrieben des Reiches und Staates, der Gemeinden und Gemeindeverbände sowie in landwirtschaftlichen Nebenbetrieben eingefüht. Nach der Verordnung vom 23. November d. J. darf auch in den **Bäckereien und Konditoreien** die regelmäßige Arbeitszeit 8 Stunden nicht übersteigen und außerdem von 10 Uhr abends bis 6 Uhr morgens nicht mehr gearbeitet werden. Diese Bestimmung gilt auch für Pensionen, Heilanstalten usw., soweit darin Gesellen, Gehilfen usw. mit der Herstellung von Bäckerei- und Konditoreiwaren beschäftigt werden.

Auf Einladung der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern hat in diesem am 27. und 28. v. M. eine **Versammlung von ärztlichen, hygienischen und sonstigen Sachverständigen auf dem Gebiete der Gesundheitspflege** stattgefunden, in der über die **während der Demobilmachung und nach Friedensschluß erforderlichen gesundheitlichen Maßnahmen** eingehend beraten wurde. Auf der Tagesordnung standen: I. Gesundheitliche Maßnahmen während der Demobilmachung: 1. Verhütung der Einschleppung übertragbarer Krankheiten durch die von der Front heimkehrenden Truppen (Ref. Geh. Med. Rat Lentz); 2. Ergänzende Ausbildung der Feldärzte (Ref. Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Dietrich). II. Gesundheitliche Maßnahmen zum Wiederaufbau der Volkskraft nach Friedensschluß: 1. Mutter-, Säuglings-

und Kleinkinderschutz (Ref. Geh. Ober-Med.-Rat Krohne). 2. Hygiene der Schulkinder (Ref. Geh. Med.-Rat Beninde); 3. Förderung der Zahnpflege in den Schulen (Ref. Zahnarzt Dr. K. Cohn); 4. Förderung der Nahrungsmittelhygiene (Ref. Geh. Ober.Med.-Rat Rubner); 5. Hebung und Neugestaltung der Nahrungsmittelgesetzgebung und -kontrolle (Ref. Geh. Reg.-Rat Juckenack); 6. Wichtige hygienische Maßnahmen auf dem Gebiete des Wohnungswesens (Ref. Geh. Med.-Rat Flügge); 7. Ausbau der Seuchenbekämpfung mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose (Ref. Ministerialdirektor Kirchner); 8. Ausbau der Verwaltung auf dem Gebiete des Gesundheitswesens (Ref. Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Dietrich). Bei der Beratung über die **Volksernährung** wurde festgestellt, daß infolge des Nahrungsmangels Leib und Leben von Männern, Frauen und Kindern auf das tiefste gelitten hat. Namentlich in den letzten Monaten haben sich die Gesundheitsverhältnisse von Tag zu Tag verschlechtert, und es steht bei der Unzulänglichkeit der diesjährigen Ernte an Brotgetreide Kartoffeln und Viehfutter mit Bestimmtheit zu erwarten, daß unabsehbarer, nicht wieder gutzumachender Schaden, ja geradezu eine Hungersnot eintritt, wenn nicht in allerkürzester Frist die ausgiebigste Nahrungsmittel- und Futtermittelzufuhr aus dem Feindesland einsetzt.

In einer am 19. November d. J. in München abgehaltenen, außerordentlich stark besuchten **Aerzteversammlung** bildete der erste Gegenstand der Tagesordnung **Schaffung eines Ministeriums für Volksgesundheitspflege.** Nach einem von Dr. Bergeat erstatteten eingehenden Bericht und einer sich dem anschließenden lebhaften Erörterung wurde folgende Entschließung einstimmig angenommen:

„Die Versammlung hält die Schaffung eines Ministeriums für Volksgesundheitspflege mit einem Arzt an der Spitze für im Interesse des Volkswohls gelegen. Dabei ergibt sich organisatorisch die Angliederung desjenigen Teils des Ministeriums für soziale Fürsorge, der die sozialhygienische Wohlfahrtspflege umfaßt. Sollte diese Forderung auf Schwierigkeiten stoßen, dann erachtet die Versammlung die Errichtung einer besonderen Abteilung innerhalb des Ministeriums für soziale Fürsorge[1]) mit einem Arzt an der Spitze für notwendig. Diese Abteilung hätte alle Fragen der Volksgesundheit sowie die sozialhygienischen Wohlfahrtsfragen in sich zu vereinigen.

In **Deutsch-Oesterreich,** in dem sich am 21. Oktober 1918 die Reichstagsabgeordneten der deutschen Wahlbezirke als provisorische Nationalversammlung konstituiert, bald darauf ein Vollzugsausschuß gewählt und die Wahl eines Präsidiums, Staatsrates und Staatsgerichtshofes vorgenommen haben, ist zum Staatssekretär und Leiter des Staatsamtes für Volksgesundheit der bisherige Sektionschef im Ministerium für Volksgesundheit, Prof. Dr. Ignaz Kaup. Der neue Staatssekretär wird vielen deutschen Medizinalbeamten persönlich bekannt sein, er war Dozent und Hygieniker in der Zentrale für Volkswohlfahrt in Berlin, dann außerordentlicher Professor für Hygiene und soziale Gesundheitspflege in München und seit dem Kriege in seinem Heimatlande Oesterreich als Korpshygieniker tätig. Dem Preußischen und Deutschen Medizinalbeamtenverein hat er viele Jahre als Mitglied angehört und auf der im September 1909 in Jena abgehaltenen Hauptversammlung der Deutschen Medizinalbeamtenvereine einen vorzüglichen Vortrag „über die Verhütung und Bekämpfung der Schädigung der Volkskraft und Volksgesundheit durch Unterernährung" gehalten. Er ist an Stelle eines Tschechen (Prof. Dr.

---

[1]) In Bayern ist nämlich durch Verordnung vom 14. November 1918 ein **Ministerium für Soziale Fürsorge** gebildet, dem aus dem bisherigen Geschäftsbereich der Ministerien des Aeußern und des Innern folgende Gegenstände überwiesen sind: Die Behandlung der rechtlichen und wirtschaftlichen Angelegenheiten der Arbeiter und Angestellten, die Gewerbeaufsicht, die Ueberwachung des Arbeitermarktes, die Durchführung der Sozialversicherung und die Regelung des Wohnungswesens.

Horborzewski) getreten, dem s. Zt. hauptsächlich aus politischen Rücksichten dieses neuerrichtete Amt übertragen war; seine Ernennung wird deshalb von den Deutsch-Oesterreichern besonders freudig begrüßt sein. Auch wir bringen dem neuen Staatssekretär unsern herzlichsten Glückwunsch dar. Der Wirkungskreis des Staatsamtes für Volksgesundheit ist der gleiche wie der des bisherigen Ministeriums für Volksgesundheit (s. dieser Zeitschrift, Jahrgang 1919, Nr. 3, S. 46 und Nr. 17, S. 876) geblieben. Von dem neuen Staatsamt wird seit dem 30. v. M. ein amtliches Blatt „Mitteilungen des deutsch-österreichischen Staatsamts für Volksgesundheit" herausgegeben, das die Sanitäts- und Verwaltungsbeamten sowie die Aerzte über seine Tätigkeit auf dem Laufenden erhalten, weitere Schichten zur Pflege der Volksgesundheit heranziehen, sie zur Beteiligung an sozialhygienischen Aufgaben anregen und von ihnen auch Anregungen empfangen will. Die erste Nummer bringt eine Anweisung vom 21. November d. J. betr. Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Geschlechtskrankheiten, in der die allgemeine Behandlungspflicht, eine Anzeigepflicht für den behandelnden Arzt (jedoch nur für den Fall, wenn eine Weiterverbreitung der Krankheit zu befürcheen ist), Einrichtung von Beratungs- und Besiedlungsstellen usw. vorgesehen werden und die für die erfolgreiche Durchführung wichtigste Bestimmung getroffen ist, daß der Staat die dazu erforderlichen Kosten übernimmt.

Die **Gesamtverluste Deutschlands im Kriege** haben bis zum 31. Oktober d. Js. 1580000 Tote, 260000 Vermißte, 490000 Gefangene und 4 Millionen Verwundete betragen; Aerzte sind bisher 1086 gefallen (davon 422 tot infolge von Krankheit) 72 vermißt, 212 gefangen genommen und 1490 verwundet darunter 332 schwer. Die britischen Verluste sollen nach amtlicher Erklärung im Unterhaus 3049991 Mann betragen, davon 758604 tot. Die Franzosen haben angeblich 1600000 Mann an Toten verloren, von den Amerikanern sind 53169 gefallen, 179625 verwundet und 3323 vermißt oder gefangen.

Ehrentafel. Es haben weiterhin erhalten:
Das Eiserne Kreuz I. Klasse: Oberstabsarzt d. R. Kreisarzt Dr. Herlitzius-Erkelenz.
Das Eiserne Kreuz II. Klasse am weiß-schwarzen Bande: Kreisarzt Dr. Revenstorf in Rummelsberg i. Pomm.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben: Kreisarzt Dr. Schiedat-Pleschen.

Deutscher und Preußischer Medizinalbeamtenverein.

Die **Mitglieder des Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenvereins** werden gebeten, etwa erfolgte oder bevorstehende **Wohnungsänderungen** umgehend dem Unterzeichneten mitzuteilen, da die Zeitschrift vom nächsten Jahre ab in einer anderen Buchdruckerei gedruckt wird und ihre Zustellung sonst nicht pünktlich erfolgen kann.

Gleichzeitig wird wiederum darauf aufmerksam gemacht, daß die Zeitschrift **nicht** bei der Post zu bestellen ist, denn ihre **Zustellung** wird von seiten des Vereins bewirkt.

Minden i. W., den 4. Dezember 1918.

Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat,
Vorsitzender.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Med.-Rat: dem Medizinalrat Dr. Reimann, Kreisarzt a. D. in Neumünster in Holstein; — als Geh. Sanitätsrat: dem Kreisarzt a. D. Med.-Rat Dr. Cohn in Heydekrug; — als Sanitätsrat: dem praktischen Arzt Dr. Kuhlemann in Uslar (staatsärztlich approbiert); — der Titel Professor: dem Oberarzt und Privatdozenten Dr. Altmann in Frankfurt a. M. sowie dem Privatdozenten Dr. G. Magnus in Marburg; — der Kronenorden II. Klasse: dem ordentl. Prof. Med.-Rat Dr. Küstner in Breslau; — das Verdienstkreuz für Kriegshilfe: Dr. Herford, Stadtarzt in Görlitz.

Ernannt: Oberarzt Dr. Guleke in Straßburg i. Els. zum ordentl. Professor und Direktor der chirurgischen Universitätsklinik in Marburg.

(Fortsetzung der Personalien auf der 8. und 9. Seite des Umschlags.)

Gestorben: San.-Rat Dr. Schroeder, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Hildesheim u. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schoeler in Berlin.

Bayern.

Ernannt: die prakt. Aerzte Dr. Friedr. Stark in Neustadt a. H. zum Bezirksarzt in Pegnitz, Dr. Karl Fischer in Hutthurm zum Bezirksarzt in Wolfstein, Dr. Karl Langenmantel zum Bezirksarzt in Griesbach, Dr. Franz Vay, z. Z. Stabsarzt am Reservelazarett Neuburg a. D. zum Bezirksarzt in Markt Oberdorf.

Baden und Mecklenburg-Schwerin.

Auszeichnungen: Verliehen: der Titel eines außerordentl. Professors: dem Privatdozenten Dr. Elze in Heidelberg.

Gestorben: Privatdozent Prof. Dr. Wolff, Onerarzt in der psychiatrischen und Nerven-Klinik in Rostock.

Bekanntmachung.

1. Die **Zwischenscheine** für die **5 % Schuldverschreibungen der VIII. Kriegsanleihe** können vom

2. Dezember d. Js. ab

in die endgültigen Stücke mit Zinsscheinen umgetauscht werden.

Der Umtausch findet bei der **„Umtauschstelle für die Kriegsanleihen“, Berlin W 8, Behrenstraße 22,** statt. Außerdem übernehmen sämtliche Reichsbankanstalten mit Kasseneinrichtung bis zum **15. Juli 1919** die kostenfreie Vermittlung des Umtausches. Nach diesem Zeitpunkt können die Zwischenscheine nur noch unmittelbar bei der „Umtauschstelle für die Kriegsanleihen“ in Berlin umgetauscht werden.

Die Zwischenscheine sind mit Verzeichnissen, in die sie nach den Beträgen und innerhalb dieser nach der Nummernfolge geordnet einzutragen sind, während der Vormittagsdienststunden bei den genannten Stellen einzureichen; Formulare zu den Verzeichnissen sind bei allen Reichsbankanstalten erhältlich.

Firmen und Kassen haben die von ihnen eingereichten Zwischenscheine rechts **oberhalb** der Stücknummer mit ihrem Firmenstempel zu versehen.

---

2. **Der Umtausch der Zwischenscheine** für die **4½ % Schatzanweisungen der VIII. Kriegsanleihe** und für die **4½ % Schatzanweisungen von 1918 Folge VIII** findet gemäß unserer Anfang d. Mts. veröffentlichten Bekanntmachung bereits seit dem

4. November d. J.

bei der **„Umtauschstelle für die Kriegsanleihen“, Berlin W 8, Behrenstraße 22,** sowie bei sämtlichen Reichsbankanstalten mit Kasseneinrichtung statt.

Von den Zwischenscheinen **der früheren Kriegsanleihen** ist eine größere Anzahl noch immer nicht in die endgültigen Stücke umgetauscht worden. Die Inhaber werden aufgefordert, diese Zwischenscheine in ihrem eigenen Interesse möglichst bald bei der **„Umtauschstelle für die Kriegsanleihen“, Berlin W 8, Behrenstraße 22,** zum Umtausch einzureichen.

Berlin, im November 1918.

Reichsbank-Direktorium.

Havenstein. v. Grimm.

31. Jahrgang; Nr. 24. Ausgegeben am 20. Dezember 1918.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage:
Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.
Bezugspreis für das Jahr: 17 Mark.

Ausserdem ein besonderes, nur vierteljährlich erscheinendes Beiheft:
Zeitschrift für
Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege.
Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens.
Bezugspreis für das Jahr: 8 Mark, für die Bezieher der Zeitschrift: 4 Mark.

VERLAG VON FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Geschäftsstelle u. Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, Nr. 24 am Schlusse des Heftes.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: das Verdienstkreuz für Kriegshilfe: den Kreisärzten Dr. Hoppe-Preuß. Eylau, Dr. Klare-Johannisburg, Geh. Med.-Rat Dr. Wolff-Elberfeld u. Med.-Rat Dr. Belin in Straßburg i. E. Reg.- und Med.-Rat Dr. Lembke-Allenstein, Geh. Med.-Rat Dr. Richter, Kreisarzt a. D. in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Reinhold-Hannover, Prof. Dr. Gastpar-Stuttgart, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Gumprecht-Weimar, Ober.-Med.-Rat Dr. Schläger-Oldenburg.

Ernannt: Stadtassistenzarzt Dr. Boeschen in Kiel zum Kreisarzt in Rosenberg (Westpreußen).

Gestorben: Geh. San.-Rat Dr. Hilbert, Stadtarzt in Sensburg, Arzt Dr. Ehrhorn in Hannover (Mitglieder des preuß. Med.-Beamtenvereins) und Med.-Rat Dr. Bleich, Kreisarzt in Hoyerswerda.

Bayern.

Gestorben: Dr. Dietrich, bezirksärztl. Stellvertreter, Post- und Bahnarzt in Arnstein (Unterfranken).

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Geheimer Med.-Rat dem Reg.- und Med.-Rat Dr. Oßwald in Sondershausen; — der Titel Medizinalrat: den Bezirksärzten Dr. Jänicke in Apolda, Dr. Lüderitz in Blankenhain und Dr. Kiel in Buttstädt (sämtlich in Sachsen-Weimar); — das Ritterkreuz I. Klasse des Großh. Sächsischen Hausordens: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Gumprecht in Jena; — das Weimarsche Ehrenkreuz für Heimatverdienst: dem Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Michael in Ilmenau.

31. Jahrg. 1918.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 24.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Dez.

Die Rückfallfieberepidemie im Generalgouvernement Warschau im Jahre 1917/18.

Von Dr. **Mathias**, Kreisarzt in der Medizinalabteilung des Verwaltungschefs in Warschau.

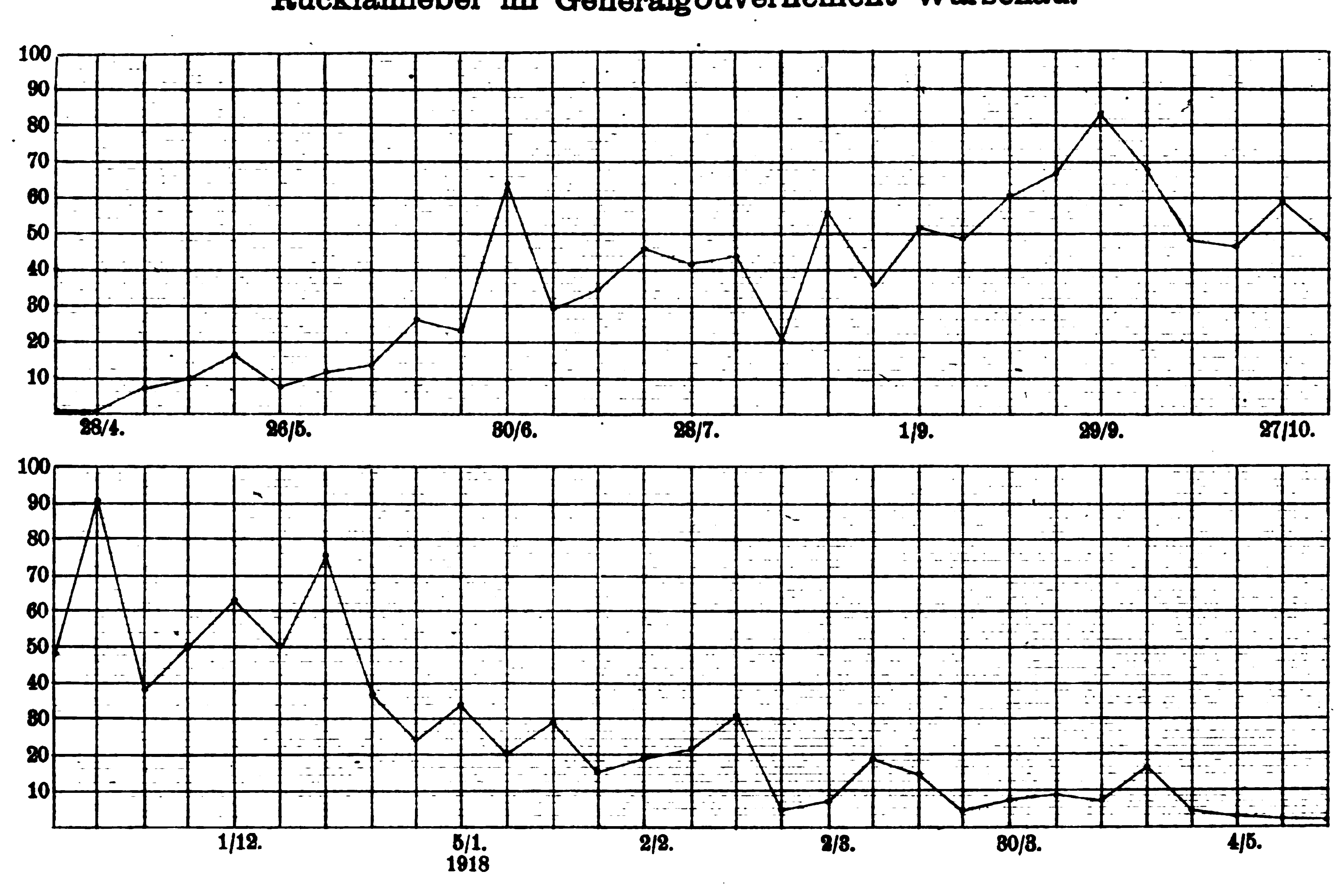
Zu den zahlreichen Seuchen und übertragbaren Krankheiten, die während des Krieges im besetzten Gebiete Polens gewütet und ihre Opfer gefordert haben, ist Ende April 1917 noch das Rückfallfieber getreten. Im ganzen sind vom 28. April 1917 bis 4. Mai 1918 1790 Fälle gemeldet, von diesen sind 8 tödlich verlaufen. Die nachstehende Kurve gibt die Verteilung der Gesamtzahl auf die einzelnen Wochen an.

Die ersten Fälle von Rückfallfieber haben sich in den Kreisen Rypin und Plock gezeigt. Im Laufe der Zeit hat sich dann die Krankheit vornehmlich über die westliche Hälfte des General-Gouvernements Warschau ausgedehnt. Aus den einzelnen Kreisen sind folgende Krankheitsziffern gemeldet worden:

Kreis	1917 [1]	1. I. bis 1. V. 1918 [1]	Gesamtsumme [1]
Bendzin	—	—	—
Blonie	4	4	8
Brzeziny	1	1	2
Ciechanow	—	—	—
Czenstochau	22	8	30
Garwolin	3	—	3
Gostynin	22	2	24
Grojec	—	—	—
Kalisch	50	7	57
Kolno	—	—	—
Kolo	2	—	2
Konin	16	—	16
Kutno	45	7	52
Lask	8	5	13
Lenczyca	5	—	5
Lipno	20	—	20
Lodz-Stadt	368 (2)	39	407 (2)
Lodz-Land	17	3	20
Lomza	2	4	6
Lowicz	—	—	—
Lukow	—	3	3
Makow	—	—	—
Minsk-Mazowiecki	3	6	9
Wysokie-Mazowiecki	—	—	—
Mława	—	—	—
Nieszawa	17	1	18
Ostrolenka	2	8	10
Ostrow	1	—	1
Plock	246	44	290
Plonsk	28	5	33
Praschnitz	12 (1)	3	15 (1)
Pultusk	—	—	—
Rawa	3	—	3
Rypin	91	8	99
Siedlce	—	—	—
Sieradz	5	1	6
Sierpc	48	18	66
Skierniewice	2	—	2
Slupca	—	—	—
Sochaczew	8	—	8
Sokolow	—	—	—
Szczuczyn	—	—	—
Turek	—	—	—
Warschau-Stadt	296 (2)	73 (3)	369 (5)
Warschau-Land	—	—	—
Wengrow	—	—	—
Wielun	129	5	134
Wloclawek	50	9	59
	1526 (5)	264 (3)	1790 (8)

Zur Beantwortung der Frage, warum sich das Rückfallfieber in Polen so ausbreiten konnte, muß des näheren auf die kulturellen Verhältnisse vornehmlich der jüdischen Bevölkerung des Landes eingegangen werden, die schon an und für sich im Gegensatze zur westländischen Kultur rückständig waren, durch

[1]) Die Zahlen in Klammern bedeuten die Todesfälle.


Rückfallfieber im Generalgouvernement Warschau.
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
28/4.
26/5.
30/6.
28/7.
1/9.
29/9.
27/10.
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
1/12.
5/1.
1918
2/2.
2/3.
30/3.
4/5.

den langen Krieg aber noch erheblich verschlechtert worden sind. Die Ursache für diese Verschlechterung ist vornehmlich in der zunehmenden Armut und in dem immer mehr sich steigernden Nahrungsmangel zu suchen. Besonders litt die ärmliche Bevölkerung der beiden großen Städte Warschau und Lodz unter dieser traurigen Lage. So mußte es natürlicherweise zu einem Abströmen der armen Bevölkerung aus diesen Städten auf das Land kommen, wo immerhin die notwendigsten Nahrungsmittel (Brot und Kartoffeln) in reichlicherer Menge vorhanden und billiger zu erlangen sind. Die Selbsthilfe des Volkes, die sich hierin offenbart, zeitigte aber eine unangenehme Begleiterscheinung, die Wanderbettelei. Von dieser Wanderbettelei, der vornehmlich die Verbreitung der Rekurrens zuzuschreiben ist, kann sich nur der ein Bild machen, der sich durch persönliche Anwesenheit im Lande von ihrer Art und Weise und Ausdehnung überzeugt hat. Sie beschränkt sich absolut nicht auf die Personen, die wir in Deutschland unter der Bezeichnung „Handwerksburschen“ kennen, sondern erstreckt sich auf Mann und Weib, Alt und Jung. Ganze Familien begeben sich auf die Wanderschaft. Bei halbwegs günstigem Wetter sind die Landstraßen von herumziehenden Personen überschwemmt. Fast ausschließlich sind es Juden, die sich der Wanderbettelei hingeben. Bei ihnen findet sich die größte Armut vor. In unglaublichen Aufzügen sieht man sie auf den Straßen entlang ziehen. Die Männer sind nur mit Fetzen von Anzügen bekleidet, tragen ein Hemd, das Wäsche gar nicht kennt und vor Schmutz starrt, schleppen auf dem Rücken in Lappen gepackt ihr weniges, schmutziges Gelumpe mit sich und wandern so ungewaschen und ungekämmt, ein Typ vollkommenen Verkommens, von Dorf zu Dorf. Die Weiber sehen nicht besser aus. Auch sie tragen nur Fetzen von Kleidern am Leibe. Ihre verfilzte Perrücke sitzt ihnen entweder hinten auf dem Scheitel oder bedeckt zum Teil die Stirn und macht so ihr versorgtes und altes Gesicht nur noch entsetzlicher. An ihren Händen führen sie ihre Kinder oder tragen sie, wenn sie noch zu klein sind, auf dem Arm. Des Nachts herbergen diese Bettler entweder auf freiem Felde oder kriechen unbemerkt und heimlich in den Dörfern in Stallungen oder Scheunen. Zeitig morgens ziehen sie bettelnd weiter. Der Pole auf dem Lande ist gutmütig und gibt ihnen, was zu ihrer täglichen Ernährung erforderlich ist. Was sie nicht bekommen, das stehlen sie. Zur Lebensbedingung dieser Bettler gehört die Laus. Sie befindet sich in den Kleidern, in den Perrücken, in den Haaren, am Körper. Bei den sanitätspolizeilichen Untersuchungen kann man solche Wanderjuden sehen, bei denen der Körper und die Kleidung geradezu von Läusen wimmelt. Der Jude sagt: „Die Laus bleibt bei keinem Kranken, sondern geht nur zu Gesunden; mithin, so lange ich Läuse habe, bin ich gesund“.

Was ist bei solcher Beweisführung, bei solcher Rückständigkeit jeglicher Kulturerfordernisse zu machen! Aus Scheu

vor der Kontrolle meiden diese Menschen zum Teil die Hauptstraßen und benutzen lieber Nebenwege, die bei dem Mangel an Polizeipersonal nicht ständig kontrolliert werden können. Besonders fürchten sie die deutschen Gesundheitsbeamten. Befinden sich unter den Bettlern Kranke, so begeben sich dieselben meist nicht freiwillig in das nächste Krankenhaus, sondern schleppen sich mit ihrer Krankheit so lange weiter, bis sie zusammenbrechen. So kommt erst manchmal die Seuche unter den Wanderbettlern zur Kenntnis der Behörden, wenn sie unter den Mitwanderern und der seßhaften Bevölkerung durch Uebertragung bereits vieles Unheil angerichtet hat. Um den sanitätspolizeilichen Maßnahmen zu entgehen, werden Kranke gegen Gesunde ausgetauscht, Pässe verwechselt, andere Namen angenommen, Kranke selbst so lange in fremden Familien verborgen, bis sie durch Zufall entdeckt werden. Man kann sich hieraus ein Bild machen, wie schwer es für die deutschen Kreisärzte war, erfolgreich gegen Infektionskrankheiten in Polen vorzugehen.

Um die Verbreitung des Rückfallfiebers so energisch wie möglich zu bekämpfen, hat die deutsche Medizipalverwaltung die strengsten Vorschriften erlassen. Es wurde die Seuchenanzeigepflicht auf Rückfallfieber und Verdachtsfälle ausgedehnt und zunächst angeordnet, daß die Kranken und die Krankheitsverdächtigen auf 4 Wochen im Seuchenspital, die Familienmitglieder und Hausbewohner auf 14 Tage nach dem letzten Anfall im Quarantänehaus abgesondert wurden. An den Häusern und Wohnungen wurden Tafeln angebracht, die auf die dort ausgebrochene Krankheit und Ansteckungsgefahr aufmerksam machen. Das Ungezieler am Körper, in der Kleidung, in den Effekten, in der Wohnung (Betten) und in den Herbergen war durch Entlausung und Desinfektion gründlich zu beseitigen. Auch wurde den zuständigen Behörden aufgegeben, auf die Vertilgung der Ratten zu achten, da deren Läuse gelegentlich auch an Menschen saugen und auf diese dadurch Spirochäten übertragen können. Strenge Anordnungen wurden ferner auch gegen die Wanderbettler erlassen. In erster Linie ist zu erwähnen, daß im General-Gouvernement Warschau, systematisch über das ganze Verwaltungsgebiet verteilt, viele Bettlerherbergen geschaffen worden sind. Im ganzen waren über 200 solcher Herbergen vorhanden, die der Kontrolle des ansässigen Arztes oder Feldschers unterstellt waren und auch durch die Kreisärzte so oft wie möglich kontrolliert wurden. Die Aufnahme der Bettler in den Herbergen erfolgte nur nach vorangegangener Entlausung. Zur Verfügung standen hierfür fast 200 Entlausungsanstalten. Waren die Bettler und ihre Kleider gereinigt, so erhielten sie Verpflegung und wurden am nächsten Morgen weitergeschickt. Den Bewohnern der Ortschaften aber war bei Strafe verboten, Bettler in ihren Wohnungen während der Nacht aufzunehmen. An den Hauptstraßen und Eingängen zu Städten und Dörfern

waren Tafeln angebracht, die die Wanderbettler auf die Herbergen hinwiesen.

Die nunmehr folgende Schilderung des Krankheitsverlaufs läßt erkennen, in wie leichter Form das Rekurrensfieber verlaufen ist. Das gleiche ist aus dem geringen Prozentsatz der Mortalität (0,452 %) zu ersehen. Diese Beobachtung der geringen Sterblichkeit, vornehmlich bei der jüdischen Bevölkerung, konnte nicht nur bei dem Rückfallfieber gemacht werden, sondern ist ein Charakteristikum auch der übrigen Seuchen. Komplikationen, wie sie gelegentlich gehäuften Auftretens von Rückfallfieber bei unseren Soldaten im Osten aufgetreten sind, gehören bei den Juden zu den größten Seltenheiten. Ganz von selbst muß man deshalb auf den Gedanken kommen, daß sich unter der Einwohnerschaft infolge des endemischen Bestehens der Seuchen eine gewisse vererbte resp. erworbene Immunität herausgebildet hat, die die Ursache der so geringen Sterblichkeit ist.

Die Anfangserscheinungen des Rückfallfiebers waren folgende: Die Kranken klagten einige Zeit über Kopfschmerzen, allgemeine Mattigkeit und Schlaflosigkeit. Bald stellten sich Schmerzen in den Knochen und Muskeln, bisweilen auch in den Gelenken ein. Oefters traten noch Leibschmerzen verbunden mit Durchfällen hinzu. Schließlich leitete ein akuter Schüttelfrost und hohe Temperatur die Krankheit ein. Die Fieberbeendigung machte sich kurz vorher durch einen plötzlich auftretenden Schweißausbruch erkenntlich. Außer etwas Mattigkeit und rheumatischen Beschwerden war in der Regel während des Intervalls nichts Krankhaftes zu finden. Auch die akuten Erscheinungen von einzelnen Organen (Herz und Nieren) verschwanden oder milderten sich wenigstens während der fieberfreien Zeit. Häufig war das Allgemeinbefinden in der Apyrexie ein so vorzügliches, daß die Kranken über Hunger klagten, das Bett und das Krankenhaus zu verlassen wünschten. Viele derartige Kranke waren nur mit Gewalt in dem Seuchenhause zu halten und erklärten dem Arzte, daß sie nicht mehr krank wären. Ein neuer Fieberanstieg belehrte sie aber oft eines Besseren.

Schon eingangs ist erwähnt worden, daß sich die Kranken nicht sofort bei Beginn ihrer Krankheit ins Hospital begaben, sondern ein und zwei Anfälle, ja bisweilen sogar die ganze Krankheit wandernd abmachten. Deshalb sind auch meine Beobachtungen über die ersten Fieberanstiege die geringsten. Unter Berücksichtigung dieses Umstandes können über den Verlauf des Rekurrensfiebers folgende statistischen Zahlen angegeben werden:

Der erste Fieberanstieg dauerten durchschnittlich 5 (1—8) Tage. Kurz vor dem Temperaturabsturz zeigte die Kurve gewöhnlich noch einen besonders steilen Gipfel. Nach einem durchschnittlich 8 (1—14) Tage dauernden freien Intervall folgte

ein zweiter für gewöhnlich etwas kürzerer (1--6 Tage dauernder) Fieberanfall, dem meist nach 2—11 Tagen ein dritter, für gewöhnlich noch kürzerer und leichterer Anfall folgte. Zwischen 3. und 4. Fieberanstieg betrug die fieberfreie Zeit 9—10 Tage und hiernach der vierte Anfall 2—4 Tage. Die Kranken, die nicht mit Neosalvarsan behandelt worden waren, machten in der Regel 3, seltener 4 Anfälle durch. Im allgemeinen war bei den einzelnen Anfällen der Temperaturanstieg nicht ganz so plötzlich wie der Temperaturabfall. Die Betrachtung der Fieberkurve lehrte, daß sich die Temperatur während der einzelnen Anfälle sehr verschieden verhielt. Einmal bestand eine ausgesprochene Continua, dann wieder zeigte das Fieber einen durchaus remittierenden Charakter.

An den Organen war zunächst an der Haut eine eigentümliche Verfärbung auffallend, die bald einen mehr graugelblichen, bald einen mehr bronzefarbigen Ton hatte. Diese Verfärbung war eine fast regelrechte Erscheinung. Sie nahm während des Intervalls erheblich ab, um in den weiteren Anfällen wieder stärker aufzutreten. Nicht zu verwechseln ist diese mit der durch Uebergang von Galle ins Blut hervorgerufenen Gelbsucht. Die Untersuchung des Urins auf Gallenfarbstoff war stets negativ. Dies ist auch natürlich. Das Rückfallfieber zeitigt eben nur, ähnlich verschiedenen anderen Infektionskrankheiten, Blutveränderungen, die eine Verfärbung der Haut zur Folge haben, wie sie auch bei spezifischen Bluterkrankungen, jedoch nicht in so schneller Entwicklung und meist nicht so intensiv vorkommt. Gleichlaufend mit der Verfärbung der Haut ging die Farbe der Schleimhaut, im besonderen der Lippen, die anstatt der rosa, mehr eine blau- oder graurote Farbe bekamen. In einzelnen Fällen wurden Roseolaflecke beobachtet. Die Erkennung der Flecke bei den mannigfachen Hauterkrankungen der hiesigen Bevölkerung und bei der außerordentlichen Verbreitung der Krätze und des Ungeziefers war sehr schwierig. Sie stellten sich als blaßrote Stellen bis zu Linsengröße dar und traten ähnlich wie beim Typhus vornehmlich in der Oberbauchgegend, aber auch an anderen Körperteilen auf. Sie waren bald geringer, bald zahlreicher vorhanden. Schließlich wurden Schwellungen der Füße und Unterschenkel beobachtet und zwar vornehmlich bei den Personen, die sich durch Blutarmut und Unterernährung schon vor ihrer Erkrankung in einem schlechten Gesundheitszustande befunden hatten.

Die Herztätigkeit wurde durch die Rekurrenserkrankung wenig beeinflußt. Die Pulskurve ging parallel der Fieberkurve; Abweichungen hiervon waren außerordentlich selten. Der Blutdruck im Verlauf von Rückfallfieber (der systolische und diastolische) unterlag geringen Schwankungen, besonders bei weiblichen Erkrankten im Alter bis zu 45 Jahren. Untersuchungen, die im Lodzer Krankenhause vorgenommen wurden, ergaben, daß bei neun untersuchten Frauen im Alter von 16

bis zu 45 Jahren die Schwankungen der Pulsamplitude nicht 15 mm überstiegen, wie aus folgender Tabelle ersichtlich ist. Bei Personen über 45 Jahren wurden die Schwankungen erheblicher.

Alter der Person Jahre	Anfall	Schwankungen in Maximum	Schwankungen in Minimum	Schwankungen der Pulsamplitude (Blutdruck).
16	2	102—105	60—65	40—45
19	2	107—125	60—70	47—60
23	2	107—115	60—75	40—47
26	3	90—105	65—75	25—35
28	2	85—102	50—65	35—42
28	?	105—110	65—70	40
30	1—2	105—125	65—75	40—50
32	2	97—110	65—70	30—40
45	2	95—107	60—70	30—45

Die Messungen wurden mit dem Blutdruck-Meßapparat von Riva-Rocci (Manschette nach von Recklinghausen 13 cm breit) am linken Arm nach der Auskultationsmethode von Korotkow vorgenommen. Im allgemeinen unterlag der systolische Blutdruck größeren Schwankungen als der diastolische. Bei keinem Kranken hatte der Unterschied im diastolischen Blutdruck 25 mm Quecksilber überstiegen, während im systolischen Blutdruck die Differenz 45 mm und bei älteren Personen über 45 Jahren sogar 65 mm Quecksilber erreichte. Das waren aber Ausnahmen, meistens überstiegen die Schwankungen nicht physiologische Werte. Bemerkenswert ist dieser Befund besonders, wenn man demgegenüber den Einfluß der Fleckfiebererkrankung auf das Herz in Betracht zieht. Stets wirkt diese außerordentlich schwächend auf die Herzkraft und ist die infolge der Erkrankung der feinsten Herzarterien (Endarteritis) hervorgerufene Herzlähmung eine vorwiegende Todesursache bei Flekfieber. Auch intravenöse Darreichungen von Neosalvarsan übten bei weitem in der Mehrzahl der Fälle keinen deutlichen Einfluß auf die Steigerung oder Senkung des Blutdruckes bei Rekurrens aus. Wie nun die Herzkraft bei Rückfallfieber im allgemeinen nicht geschwächt wurde, so zeigten sich auch sehr wenig andere Komplikationen am Herzen. Bei einigen Kranken wurde eine Endocarditis beobachtet, die nach der Entfieberung sich wieder besserte. Bei anderen Kranken traten am Herzen systolische Geräusche auf, die ebenfalls nach der Rekonvalszenz wieder verschwanden.

Im hygienischen Institut in Lodz wurden Untersuchungen der von den Kreisen eingesandten Blutuntersuchungen vorgenommen. Der Wert der hierbei ermittelten Befunde litt an dem Uebelstand, daß sichere Angaben über die Zeit der Blutentnahme fehlten. Man wußte also nicht, ob die Präparate während eines Anfalls oder im Intervall zwischen 2 Anfällen entnommen waren, ob der Patient Neosalvarsan erhalten hatte oder nicht.

Die nachstehend mitgeteilten Blutbilder stellen also weiter

nichts als Varianten dar, die im Verlauf von Rekurrens gefunden werden können:

1.	Polynukl. L.	81,97 %
	Mononukl. L.	8,82 „
	Lymphoz.	9,19 „
	Zahlreiche Blutplättchen, einzelne Spirochäten.	
2.	Polynukl. L.	73,0 %
	Mononukl. L.	18,4 „
	Lymphozyten	4,8 „
	Myelozyten	3,68 „
	Einzelne Spirochäten.	
3.	Polynukl. L.	60,80 „
	Mononukl. L.	5,8 „
	Lymphoz.	27,0 „
	Myeloz.	6,1 „
	Einzelne Spirochäten.	
4.	Polynukl. L.	48,3 „
	Mononukl. L.	15,7 „
	Lymphozyten	30,3 „
	Eosinophile Zellen . .	5,6 „
	Spirochäten in mäßiger Anzahl, zahlreiche Blutplättchen.	
5.	Polynukl L.	80,72 %
	Mononukl. L.	3,21 „
	Lymphozyten	14,45 „
	Myelozyten	2,3 „
	Einzelne Spirochäten.	
6.	Polynukl. L.	45,6 „
	Mononukl. L.	30,0 „
	Lymphozyten	24,0 %
	Myelozyten	0,3 „
	Zahlreiche Spirochäten.	
7.	Polynukl. L.	77,7 „
	Mononukl. L.	5,2 „
	Lymphozyten	14,6 „
	Myelozyten	2,8 „
8.	Polynukl. L.	14,7 „
	Mononukl. L.	54.2 „
	Lymphozyten	18,9 „
	Myelozyten	11,5 „
	Eozinophile	0,07 „
9.	Polynukl. L.	67,1 „
	Mononukl. L	15,9 „
	Lymphozyten	15,9 „
	Myelozyten	0,49 „
	Eosinophile	0,49 „
	Zahlreiche Spirochäten, viele gegabelt.	
10.	Polynukl. L.	14,6 %
	Mononukl. L.	28,7 „
	Lymphozyten	54,8 „
	Myelozyten	1,8 „
11.	Polynukläre L. . . .	71,4 „
	Lymphozyten	18,0 „
	Große Mononukläre und Uebergangsformen .	10,0 „
	Eosinophile	0,6 „

Ueber die Lage der Spirochäten zu den Leukozyten und Erythrozyten wäre folgendes zu bemerken: In vielen Fällen hatte man den Eindruck, als wenn die Spirochäten sich an die Leukozyten anlehnten oder als ob diese die Spirochäten zu umklammern versuchten, in anderen Fällen wieder fand man die Spirochäten vollkommen frei liegen. Beziehungen zwischen der Menge der Spirochäten und einen charakteristischen Auftreten von bestimmten Blutbestandteilen waren nicht festzustellen.

Auch die Atmungsorgane erwiesen sich bei der hiesigen Epidemie als sehr wenig beteiligt. Es traten wohl in einigen Fällen Halsentzündungen, Rachen- und Luftröhrenkatarrhe in schwächerem oder stärkerem Grade auf, doch wurden schwerere Komplikationen von seiten der Lunge, im besonderen Lungen- und Brustfellentzündungen nicht in einem einzigen Falle beobachtet. Viele Kranke bekamen Nasenbluten, eine größere Anzahl plötzlich einen blutigen Auswurf, einer sogar einen sehr erheblichen Blutsturz. Nach Heilung des Rekurrens blieben aber auch hiervon Folgezustände nicht zurück. Der plötzliche Blutverlust, der uns auch noch bei den verschiedenen anderen Organen begegnen wird, ist eine Besonderheit der Krankheit, die noch einer Klärung bedarf. Es kommen ja auch bei anderen Infektionskrankheiten Blutungen, besonders aus der Nase, vor, aber derart auffällige Blutverluste aus den verschiedensten Körperorganen, wie beim Rekurrens, sprechen doch dafür, daß

wir es hier mit einer Krankheit zu tun haben, die einen gewissen schädlichen Einfluß auf den Zirkulationsapparat (Schädigung der Gefäßwände) ausübt.

Was den Verdauungsapparat angeht, so zeigten sich an diesem ebenfalls keine besonderen Komplikationen. Die meisten hier beobachteten Erscheinungen (Herpes, bald belegte, bald trockene Zunge) kommen auch bei den anderen Infektionskrankheiten vor. Der Appetit war während des Fiebers angehalten, setzte aber meist unmittelbar nach dem Fiebersturz ein und war bisweilen kaum zu befriedigen. Auftreibungen und Schmerzen des Leibes traten öfters auf. Der Stuhlgang war in der Regel angehalten; in einer Reihe von Fällen waren aber auch Durchfälle vorhanden. Bei einem Kranken traten ruhrartige Stuhlentleerungen ein, die bis zu 50 am Tage stiegen und während mehrerer Tage anhielten. Ruhrbazillen wurden in diesem Falle nicht gefunden. Ein anderer Kranke bekam ebenfalls während 6 Tagen blutig-schleimig-eitrige Stuhlentleerung, die sich bis zu 26 am Tage anhäuften. Beide Darmkatarrhe heilten gleichzeitig mit dem Rückfallfieber. In verschiedenen Fällen war mit den Durchfällen heftiges, ein paarmal auch blutiges Erbrechen verknüpft.

Die Urinuntersuchung ergab während des Fiebers meist eine leichte Trübung. Die Diazoreaktion war negativ. Ausgesprochene Nierenentzündung gehörten zu den äußersten Seltenheiten. Mikroskopische Untersuchungen des zentrifugierten Urins ergaben bei diesen reichlich rote Blutkörperchen. Mit der Genesung von Rückfallfieber kamen auch sie zur völligen Ausheilung.

Die Leber war in einer Reihe von Fällen unterm Rippenbogen zu fühlen und häufig auf Druck schmerzhaft. Lehmfarbige Stühle und andere Symptome, die eine Störung der Gallenbildung der Leber zum Ausdruck hätten bringen können, waren nicht vorhanden. In der Regel ging die Schwellung der Leber schon vor der Anschwellung der Milz wieder zurück, Chronische Leberleiden blieben niemals zurück.

An den Augen trat öfters ein Bindehautkatarrh auf, der aber nach der Entfieberung wieder von selbst verschwand. Bei einem Kranken entstand plötzlich am 21. Tage seiner Krankheit eine Neuritis optica, die bis zu seiner Entlassung und Ueberweisung an einen Augenarzt trotz Anwendung der erforderlichen medikamentösen Therapie anhielt. Der Kranke hatte zur Behandlung des Rückfallfiebers Chinin bekommen, mit dem sofort bei Erscheinung von seiten der Augen ausgesetzt wurde. Es ist deshalb nicht zu sagen, ob die Nervenentzündung, über deren Ausgang nichts Genaueres feststeht, auf das Rückfallfieber oder auf eine Chininvergiftung zurückzuführen ist.

An den Ohren wurden in einzelnen Fällen im Anschluß an das Rückfallfieber Mittelohrkatarrhe beobachtet, die aber auch keinen bösartigen Charakter hatten, sondern nach entsprechender Therapie wieder zur Ausheilung kamen.

Verhältnismäßig häufig waren krankhafte Erscheinungen des Nervensystems vorhanden. Während des Fiebers klagten die Kranken über heftige Kopfschmerzen, die auf die verschiedensten Stellen lokalisiert wurden. In einer Reihe von Fällen war eine Trübung des Sensoriums vorhanden, die bisweilen auch nach der Entfieberung noch einige Tage anhielt. Bei einem Kranken traten Tobsuchtfälle auf. Er unternahm einen Mordanfall auf die ihn pflegende Schwester, verletzte sie durch Messerstiche nicht unerheblich und konnte nur mit Gewalt überwältigt werden. Bei zwei Kranken entstanden plötzlich schwere Krämpfe mit völliger Bewustlosigkeit während acht Stunden; sie wurden durch heiße Bäder, Darreichung von Chloralhydrat und Bromnatrium beseitigt. Bei einem vierten Kranken zeigte sich eine Psychose, die mit Unterbrechung während mehrerer Wochen anhielt. Sie machte sich zunächst in psychischen Depressionszuständen bemerkbar, um sich nachher in einen manischen Zustand unzuwandeln. Der Kranke sprang aus dem Bette, sang und schrie; er war über Zeit und Ort nicht orientiert. Nach einer Woche Ruhe, während der alle psychischen Störungen verschwunden waren, begann ein erneuter Erregungszustand, der 10 Tage anhielt. Nach dieser Zeit wurde der Kranke wieder völlig gesund.

Ein für Rückfallfieber charakteristisches Symptom sind die Glieder- und Gelenkschmerzen, Beschwerden, die die Aerzte bisweilen zur erstmaligen Diagnose Influenza verleiten. Diese Schmerzen waren bisweilen so stark, daß die Kranken nicht wußten, wie sie ihren Körper im Bett hinlegen sollten und bei jeder Berührung zusammenfuhren. Sie waren in den verschiedensten Körperteilen vorhanden und wurden bald in den Extremitäten, bald in der Wirbelsäule, besonders im Nacken stärker empfunden. Nach Entfieberung verschwanden sie bei einer großen Reihe von Kranken, um mit neuem Fieber wieder aufzutreten. Manche Kranke behielten auch im Intervall diese rheumatischen Beschwerden bei. Passive Bewegungen waren nicht so schmerzlich wie aktive, bewußte nicht so wie unbewußte. Auch über Schmerzen in den Knochen klagte eine große Anzahl der Erkrankten und zwar mehr über Schmerzen in den langen wie in den kurzen Röhrenknochen. Druck auf diese Knochen wurde schmerzhaft empfunden. Schließlich waren bei gewissen Kranken auch Beschwerden besonders in den Fuß- und Kniegelenken vorhanden. Irgendwelche Veränderungen, im besonderen Ergüsse, zeigten sich hierbei in den Gelenken nicht. Mit der Heilung des Rekurrens verschwanden in der Regel alle diese Klagen.

In mehreren Fällen wurde durch das Rückfallfieber eine Unterbrechung der Schwangerschaft herbeigeführt. Eine im siebenten Monat schwangere Frau wurde am 14. Krankheitstage im Intervall zwischen dem ersten und zweiten Anfall unter eintägigem Fieberanstieg auf 38,9 von einem toten Kinde entbunden. Einen Tag vor der Geburt hatten die bis dahin

gut hörbaren kindlichen Herztöne und die Kindesbewegungen aufgehört. Bei einer anderen Frau trat ein Abort im dritten Monat auf. Nach Temperaturabfall bekam die Kranke plötzlich Leibschmerzen und verlor Blut aus der Scheide; am nächsten Tage ging die Frucht ab. Irgendwelche Folgezustände sind auch hier nicht eingetreten. Beide Kranken hatten kein Neosalvarsan erhalten. Bei einer nicht geringen Zahl schwangerer Frauen, die infolge des Rekurrens mit Salvarsan behandelt waren, konnte beobachtet werden, daß die Salvarsaninjektionen keinen schädigenden Einfluß auf die Schwangerschaft ausüben.

Nun zur Therapie des Rekurrens. Von seiten der Medizinal-Verwaltung in Warschau wurde generell die Behandlung aller Fälle mit Neosalvarsan vorgeschrieben. Aus Mangel an diesem Heilmittel konnte sie allerdings nicht in dem gewünschten Umfange durchgeführt werden, so daß auch auf andere Heilmittel zurückgegriffen werden mußte. Die Neosalvarsanbehandlung wurde teils intravenös, teils intramuskulär vorgenommen. Die Erfahrungen, die mit ihr in bezug auf die Heilung des Rekurrens gemacht wurden, waren außerordentlich günstige. Unter 205 Kranken, die ich aus den Krankengeschichten genauer verfolgen konnte, befanden sich nur 9, bei denen die erste Einspritzung nicht genügte und eine zweite resp. dritte gemacht werden mußte. Dieses entspricht etwa 94 % primären Heilerfolg, wahrlich ein günstiges Ergebnis, besonders wenn man, wie am Schluß noch erwähnt, dieses mit den Erfolgen durch andere Heilmittel vergleicht. Von den 205 Kranken erhielten 170 intravenöse und 35 intramuskuläre Einspritzungen. Bei letzteren war der Heilerfolg ein absolut günstiger, da stets die erste Injektion zur Heilung genügte und kein neuer Anfall mehr auftrat. Der Grund, weshalb intramuskuläre Injektionen verhältnismäßig wenig gemacht wurden, lag darin, daß die behandelnden Aerzte die sekundären Abszesse mit ihren Folgezuständen fürchteten und anderseits das Bestreben vorhanden war, die Kranken wegen Platzmangels so schnell wie möglich wieder loszuwerden. Es entstanden auch in einigen Fällen nach diesen Einspritzungen örtliche Entzündungen in der Gesäßmuskulatur, aber diese gingen stets nach einigen Wochen ohne weitere Folgezustände wieder zurück. In einer Reihe von Fällen wurden genauere Beobachtungen über die Schnelligkeit der Wirkung der Salvarsaninjektionen gemacht. Diese ergaben, daß bei 40 Fällen, wo den Kranken Neosalvarsan (hauptsächlich im zweiten Anfall) eingespritzt wurde, die Temperatur zur Norm sank bei

12	Personen	innerhalb	12	Stunden
7	„	„	18	„
16	„	„	24	„
5	„	nach	24	„

In einer zweiten Versuchsreihe, die 25 Personen umfaßt, die bakteriologisch jede Stunde nach der Einspritzung untersucht wurden, ergab sich folgender Befund:

Temperatursenkung:	Zahl der Fälle:	Spirochäten wurden noch gefunden:
nach 10—12 Stunden	9	nach 4—9 Stunden
„ 13—18 „	9	„ 4—12 „
„ 19—24 „	3	„ 11—17 „

In 3 Fällen aus dieser Versuchsreihe wurden trotz typischen Krankheitsverlaufs und trotzdem die übrigen Angehörigen der Familie gleichzeitig an Rückfallfieber erkrankt waren, überhaupt keine Spirochäten gefunden. Die mikroskopischen Untersuchungen ergaben ferner, daß unter der Einwirkung des Salvarsans die Spirochäten sich ein bis zwei Stunden nach der Einspritzung, oft in Gestalt von einer Uhrfeder, zusammenzogen. Später nahmen sie dann wieder ihre gewöhnliche Gestalt an. Ob dieses Zusammenrollen eine Schutzvorrichtung ist oder ein Zeichen des Absterbens infolge des Heilmittels, steht nicht ohne weiteres fest. Jedenfalls zeigten die Spirochäten, je mehr Stunden nach der Injektion vergangen waren, desto größere morphologische Veränderungen. Sie färbten sich weniger deutlich, hatten in ihrem Protoplasma Veränderungen (hellere Stellen neben dunkler gefärbten) und nahmen häufig degenerierte Formen an. Besondere Erwähnung verdient der 25. Fall der obigen Versuchsreihe, wo 10 Stunden nach der Salvarsaneinspritzung die Temperatur sank und 25 Stunden danach noch Spirochäten im Blut gefunden wurden. Von vielen Seiten wird vor der Salvarsanbehandlung des Rekurrens gewarnt, weil sie bisweilen mit das Leben bedrohenden Gefahren verbunden gewesen ist und auch schon Todesfälle gefordert hat. Diese Gefahr muß unter gewisser Einschränkung zugestanden werden. Betrachten wir zunächst die intramuskulären Injektionen, so kamen nach diesen schwere Zufälle niemals vor. Das ist auch erklärlich. Das Salvarsan gelangt hierbei nur langsam in die Lymph- und Blutbahn und ist dadurch nicht in der Lage, das durch Krankheit eventuell geschwächte Herz noch weiterhin schädlich zu beeinflussen. Anders bei den intravenösen Injektionen. Absolut gleichgültig gingen diese wohl nur bei den kräftigen Kranken vorüber. Die übrigen hatten mehr oder minder unter verschiedenen Störungen zu leiden. Hauptsächlich konnte einige Minuten bis Stunden nach der Injektion ein mehrfaches starkes Erbrechen, Ohrensausen und Schweißausbruch beobachtet werden. In einigen Fällen zeigten sich Zustände von Herzensangst und Symptome einer Herzschwäche. Alle diese Erscheinungen gingen aber 24 Stunden nach der Einspritzung wieder zurück; die Kranken verließen bald darauf geheilt das Bett. Von Wichtigkeit scheint zu sein, daß man ganz kleinen Kindern, alten Leuten mit einer chronischen Herzmuskelentartung und Arterienverkalkung, ferner Leuten mit Klappenfehlern Salvarsan beim Rekurrens nicht verabfolgt. Bei den übrigen Personen dürften gegen diese Behandlung nach den hier gemachten Erfahrungen Bedenken nicht bestehen, am wenigsten gegen die intramuskuläre. Bezüglich der Heilwirkung

spielt auch die richtige Dosis eine Rolle. Die oben erwähnten neun zunächst mißglückten Heilerfolge sind vornehmlich darauf zurückzuführen, daß den Kranken nicht eine hinreichend starke Dosis gegeben wurde. Je kräftiger der Körper und je schwerer die Infektion, desto größer die Menge des Heilmittels. Erwachsene erhielten bei uns im allgemeinen 0,6 Neosalvarsan, etwas schwächere Frauen 0,45, halbwüchsige Kinder je nach der Größe 0,3 bis 0,45, kleinere Kinder 0,1 bis 0,2. — Im Gegensatz zu dieser Salvarsanbehandlung wurden mit anderen Medikamenten weniger günstige Erfolge erzielt. Am besten bewährte sich demnächst noch das Chinin. Antipyrin, Pyramidon übten in den meisten Fällen weder auf die subjektiven Beschwerden noch auf das Fieber irgendwelchen heilenden Einfluß aus.

Nachweis der Spirochäten: Im allgemeinen wurde die Diagnose auf Rekurrens nur nach dem Spirochäten-Nachweis gestellt. Die Untersuchung hierauf wurde entweder von dem zuständigen Kreisarzt oder einer der bakteriologischen Stationen im General-Gouvernement Warschau, vornehmlich vom Hygienischen Institut in Lodz, bald am frischen Präparat vorgenommen, bald bediente man sich auch hierzu der verschiedensten Farbstoffe (besonders des Karbolfuchsins und der Giemsalösung). Der Nachweis der Spirochäten, der in der größeren Zahl der Fälle gelang, war verschieden schwer. Neben den Fällen, in denen gleich beim ersten Blick ins Mikroskop die Spirochäten in einer großen Zahl von Exemplaren in einem Gesichtsfeld zu finden waren, gab es solche, bei denen erst mehrere Präparate durchsucht werden mußten, bis der Spirochätennachweis gelang. Am zahlreichsten traten die Spirochäten am Anfang oder in der Mitte des Anfalls auf. Sie waren dann bisweilen in solcher Menge vorhanden, daß sie ganze Zöpfe, Konglomerate und Knäuel bildeten. Kurz vor oder während der Krise waren sie nur ganz selten und in einzelnen Exemplaren zu finden. Im Intervall und nach Beendigung der Krankheit war in der Regel der Spirochätennachweis vergeblich. Bei einer nicht unbedeutenden Anzahl von Kranken konnten trotz vielfachen Suchens Spirochäten überhaupt nicht gefunden werden. Die Diagnose wurde in diesen Fällen auf Grund des typischen Verlaufs und der Anamnese gestellt. Umgekehrt kamen einige merkwürdige Fälle vor, wo bei gesunden Personen Spirochäten nachgewiesen wurden. Es genügt vielleicht, um nicht zu sehr ins Breite zu gehen, wenn ich hierfür nur die Krankengeschichten von drei Geschwistern, die zusammengehören, kurz erwähne.

1. L. Rosenblum, 14 Jahre alt, hatte beim ersten Anfall keine Spirochäten im Blute. Die Milz war kaum fühlbar. Beim zweiten Anfall waren im Blut Spirochäten enthalten, die Milz 2 Finger breit über den Rippenbogen hervorgetreten. Nach Einspritzung von 0,5 Neosalvarsan intravenös fiel die Temperatur und der Kranke genas.

2. S. Rosenblum, 9 Jahre alt, Bruder des vorigen. Im Blute Spirochäten; die Haut verfärbt wie bei Gelbsucht. 0,3 Neosalvarsan ließen das Fieber verschwinden und brachten dem Kranken allmählich Besserung.

3. M. Rosenblum, 18 Jahre alt, obwohl im Blute Spirochäten nachgewiesen wurden, blieb die Temperatur dauernd normal. Der Kranke fühlte sich wohl und wurde daher entlassen, ohne daß Neosalvarsan angewandt worden wäre.

Der zuletzt angeführte Fall und auch verschiedene andere beobachtete Fälle lassen erkennen, daß unter gewissen Bedingungen die Spirochäten längere Zeit im Körper fortleben können, ohne sich in Krankheitserscheinungen bemerkbar zu machen. Diese Personen dürften die Bazillenträger sein, die vornehmlich die Ursache für die Entstehung von neuen Epidemien abgeben. Besondere Erwähnung verdienen sodann folgende Krankengeschichten einer ganzen Familie, da sie in vorzüglicher Weise eine Illustration von der Verlausung der Juden und der Verbreitung von Seuchen gleich unter ganzen Familien geben und gleichzeitig zeigen, wie auch kleinste Kinder nicht von dem Rekurrens verschont werden:

1. Vater: M. Knobel, 42 Jahre alt, taubstumm. Im Blute Spirochäten. Nach Einspritzung von 0,6 Neosalvarsan heftiges Erbrechen. Die Temperatur sank bis zur normalen Höhe.

2. Mutter: M. Knobel, 34 Jahre alt, Frau des vorigen. Litt seit einem Monat an Fieberanfällen. Milz und Leber sind fühlbar, schmerzhaft. Im Blute Spirochäten. Nach 0,6 Neosalvarsan intravenöser Fieberanfall. Die Kranke war noch lange Zeit geschwächt, besserte sich aber allmählich.

3. Kinder:

1. E. Knobel, 15 Jahre alt. Zahlreiche Roseolaflecke auf der Haut; im Blute Spirochäten. Nach Einspritzung von 0,5 Neosalvarsan Fieberanfall. An der Injektionsstelle am Oberschenkel schmerzhafte Geschwulst, die allmählich schwand. Die Kranke ist als gesund entlassen.
2. M. Knobel, 14 Jahre alt. Während des erhöhten Fiebers wurden im Blute Spirochäten gefunden. 0,4 Neosalvarsan, in den Oberschenkel eingespritzt, brachten der Kranken Besserung.
3. J. Knobel, 10 Jahre alt. Spirochäten im Blute sehr spärlich. Die Temperatur stieg nur vorübergehend für eine kurze Weile. Sämtliche Organe befanden sich in normalem Zustande. Das Befinden der Kranken war gut. Neosalvarsan wurde nicht angewandt.
4. L. Knobel, 8 Jahre alt. Auch hier wurden Spirochäten erst bei dem zweiten Anfall nachgewiesen. 0,3 Neosalvarsan iniziert. Das Ergebnis war positiv, ähnlich wie bei der Schwester.
5. C. Kobel, 6 Jahre alt. Die erste Blutuntersuchung ergab ein negatives Resultat; erst während des zweiten Fieberanfalles wurden Spirochäten im Blute nachgewiesen. Nach Injektion von 0,4 Neosalvarsan intramuskulär (in den Oberschenkel) Fieberabfall. Schmerzhafte Infiltration an der Injektionsstelle, die bald verschwand.
6. R. Knobel, 2 Jahre alt. Die Milz stark vergrößert, die Temperatur jedoch normal. Im Blute Spirochäten. Das Kind ist bleich, apathisch. Als Fieber eintrat, wurde 0,2 Neosalvarsan intramuskulär injiziert, darauf Fieberabfall. Die Milz hat sich verkleinert, es trat allgemeine Besserung ein.
7. I. Knobel, 8 Wochen alt. Im Blute konnte mit großer Mühe nur ein Spirochät entdeckt werden. Mit Rücksicht auf das Alter der Kranken wurde Neosalvarsan nicht angewandt. Nach dem Abfall stieg die Temperatur nicht wieder. Das Kind wurde auch weiterhin mit der Brust genährt, als die Mutter Neosalvarsan bekommen hatte.

Von Dr. Sterling, dem Leiter des städtischen bakteriologischen Laboratoriums, das dem Hygienischen Institut in Lodz angegliedert war, wurden im Auftrage der Medizinalverwaltung besondere Untersuchungen über die biologischen

Eigenschaften und auch Versuche von Bakterienzüchtungen vorgenommen. Es fanden sich in morphologischer Hinsicht im Verlauf der beobachteten Epidemie verschiedene Typen: längere und kürzere Individuen mit größeren und kleineren Windungen. Was die Dicke anbetrifft, so waren auch hier die Schwankungen ziemlich erheblich. Manchmal fand man ganz dünne Individuen, die an die zartesten Spirochätae pallidae erinnerten, zuweilen wieder so dicke, daß sie, wenn sie außerdem kurz waren, an Trypanosomen erinnerten. Bei ein und derselben Person fanden sich gewöhnlich Spirochäten, die demselben Typus angehörten, während in Präparaten, die von verschiedenen Personen gleichzeitig zur Untersuchung kamen, sich ziemlich erhebliche morphologische Unterschiede zeigten. Die Beobachtungen ergaben ferner, daß die Zahl der Spirochäten im Blute in keinem Verhältnis zur Schwere des klinischen Verlaufs lag. Es gab Fälle bei denen man eine Unmenge von Spirochäten fand und der Verlauf der Krankheit trotzdem äußerst leicht war. Die Befallenen machten gar nicht den Eindruck von Kranken. Dagegen gab es Patienten, bei denen die Spirochäten außerordentlich spärlich vorhanden waren und die doch schwere Krankheitssymptome zeigten. Eine Erklärung hierfür liegt nicht ohne weiteres klar zutage. Es ist möglich, daß diese scheinbar sich widersprechenden Erscheinungen einerseits in der verringerten Resistenzfähigkeit des menschlichen Körpers ihre Ursache haben (die wenig virulenten Spirochäten vermehren sich massenhaft im Blute und bilden keine spezifisch bakteriziden Stoffe), anderseits in der vergrößerten Widerstandsfähigkeit der Spirochäten, die unter dem Einflusse der Serumschutzkörper im Blute verschwinden, aber noch längere Zeit in der Milz bleiben und zu einer schweren Erkrankung führen. Was die Vermehrungsart der Spirochäten betrifft, so kommt diese in der Regel durch eine Querteilung zustande. In der Mitte wird die Spirochäte immer dünner, sie färbt sich schwerer und sieht auch zarter aus. Die einzelnen Windungen ziehen sich auseinander; das ganze sich teilende Mittelstück erinnert an einen zarten gezackten Faden, während die Seitenstücke ganz deutliche Spiralen zeigen. Allmählich kommt die Teilung zustande; es zerfällt die Mutterspirochäte in zwei Tochterspirochäten. In seltenen Fällen konnte man aus den mikroskopischen Bildern den Schluß ziehen, daß auch Längsteilungen vorkommen. Es trat eine deutliche Gabelung der Spirochäte an einem Ende auf, während das andere Ende noch von normaler Dicke war. Diese Gabelung ging immer weiter, bis sich die Mutterspirochäte ebenfalls in zwei Tochterspirochäten teilte. Versuche, in dem Lodzer Hygienischen Institut Spirochäten zu züchten, mißlangen. Als Nährboden wurden Menschenserum mit Sauerstoffzufuhr und unter Sauerstoffabschluß, auch andere Nährböden mit Serum oder Aszitesflüssigkeit verwendet. Alle Aussaaten waren negativ. In von denselben Kranken gewonnenen menschlichem Blute blieben die Spirochäten bei Zimmertemperatur etwa 6 Tage am

Leben; später verloren sie die Beweglichkeit und zeigten auf Tuschpräparaten verschwommene Konturen. Nach Giemsa färbten sie sich schlecht und undeutlich. In geringer Zahl wurden auch Tierversuche gemacht. In zwei Fällen wurde in das Bauchfell von Meerschweinchen je 1 ccm Spirochätenblut eingespritzt. Die Meerschweinchen starben nicht. Von zwei 3 Monate alte Kaninchen, denen man in das Bauchfell je 1 ccm infektiöses Blut einspritzte, starb eins nach vier Tagen. In den Blutausstrichpräparaten von diesen Tieren und in den Organen (Milz, Leber, Lymphdrüsen, Nieren) wurden Spirochäten nicht gefunden.

Besondere Betrachtungen verdienen noch die Beziehungen des Rückfallfiebers zu den anderen Infektionskrankheiten, in besonderen zum Fleckfieber. Eingangs haben wir schon betont, daß Rückfallfieber und Fleckfieber gemeinsam vornehmlich durch die Laus (in einzelnen Fällen konnte man die Möglichkeit der Uebertragung durch Flöhe nicht ausschließen) übertragen werden. Kein Wunder deshalb, wenn beide Krankheiten in früherer oder kürzerer Aufeinanderfolge, in einigen Fällen sogar zu gleicher Zeit auftraten. Nicht selten kam es vor, daß Kranke, die erst auf der Fleckfieberstation lagen oder eben erst von dieser entlassen waren, bald nachher auf die Rückfallfieberstation aufgenommen wurden und umgekehrt. Auf den Krankheitsverlauf des Rekurrens hatte diese Kombination in der Regel keinen besonderen Einfluß. Ein Teil des hier wohnenden Volkes (besonders der Juden) schüttelt eben die schwersten Infektionen häufig mit Leichtigkeit vom Leibe und ist bald wieder gesund. Die Diagnose des kombinierten Fleckfiebers und Rückfallfiebers mußte auf Grund des Spirochätennachweises, der Fleckfieberkurve, dem positiven Weil-Felix, Roseolen und Schuppung der Haut nach der Entfieberung gestellt werden. Bei 4 Kindern einer Familie wurde eine Kombination von Unterleibstyphus und Rekurrens festgestellt. Als Krankheitserscheinungen zeigten sich neben Spirochäten im Blut eine vollkommen typische Typhuskurve, positiver Widal, andauernde 2—3malige tägliche erbsenbreiartige Stühle, Milztumor während der ganzen Zeit. Die Stuhl- und Urinuntersuchung auf Typhusbazillen war negativ. Die Salvarsan-Behandlung hatte bei diesen Kranken keinen Einfluß auf die Temperatur. Ein 18jähriger Jüngling hatte neben typischem Rekurrens gleichzeitig syphilitische Geschwüre am Penis. Die erste mikroskopische Untersuchung des Blutes zeigte zerfallene Obermeiersche Spirochäten, während die zweite Untersuchung ein klares Ergebnis hatte. Nach Injektion von 0,6 Neosalvarsan wurde der Kranke vom Rückfallfieber geheilt; am Glied blieb jedoch noch eine Infiltration, und auch die Leistendrüsen blieben geschwollen. Der Kranke wurde zwecks weiterer Behandlung der Abteilung für Geschlechtskrankheiten überwiesen.

Eine große Anzahl von Rückfallfiebererkrankungen gab

serologisch sogar einen dreifachen Befund: Spirochäten im Blute, positiver Widal und positiver Weil-Felix. Ueber ihre Anamnese genauer ausgefragt, waren sie öfters gar nicht in der Lage, genau anzugeben, wann sie die anderen Infektionskrankheiten durchgemacht hatten. Wenn wir uns erinnern, was eingangs gesagt ist, daß alle Seuchen in Polen endemisch sind und eine vererbte Immunität hier eine große Rolle spielt, so darf man sich nicht darüber wundern.

Die anfangs aufgezeichnete Kurve zeigt, daß das Rückfallfieber nahezu wieder verschwunden ist. Dieses Ergebnis ist vornehmlich der energischen Bekämpfung zu verdanken. Hierfür sprechen schon die Zahlen, daß seit der zweiten Hälfte des Jahres 1916 etwa 2 Millionen Personen entlaust und etwa 400000 Wohnungen gereinigt worden sind, ihre eigene Sprache. Freilich ist es nicht gelungen, dauernde Läusefreiheit bei den Juden und durchgreifende Reinlichkeit in den Wohnungen zu erzielen. Das war auch nicht zu erwarten. Der Kampf gegen die Laus war in Polen, namentlich am Ende des 4. Kriegsjahres, kaum mehr mit radikalem Erfolge zu führen. Wohnungsnot, Armut, Nahrungsmangel, immer größere Knappheit an Kleidung, Seife und Brennmaterial standen hindernd im Wege. Geordnete, friedliche Verhältnisse und kraftvolles, mehrjähriges Eingreifen zur Hebung der sozialen und kulturellen Verhältnisse werden notwendig sein, das angestrebte Ziel zu erreichen, und mit der Reinlichkeit neben den anderen Seuchen auch das Rückfallfieber zum Verschwinden zu bringen.

Aus der Heilstätte Auguste-Viktoria-Stift Bad Lippspringe (leitender Arzt Dr. Gumprecht).

Zur Prophylaxe der Influenza.

Von Dr. med. **Jos. Heising,** Oberarzt der Heilstätte.

Im Auguste-Vicktoria-Stift trat eine Influenza-Epidemie im Sommer, eine im Herbst 1918 auf. Im Sommer handelte es sich nur um leichte Fälle.

Der erste Erkrankungsfall der zweiten Epidemie im Herbst war eine Bronchopneumonie die in Abteilung I bei einer an chronischer Bronchitis leidenden Frau M. auftrat, zunächst nicht als Influenza-Bronchopneumonie erkannt wurde und tödlich verlief. Einige Tage nach dem Tode dieser Frau erkrankte an derselben Krankheit eine andere Frau, die das Zimmer mit der verstorbenen Frau zusammen bewohnt und oft bei der stark hustenden Patientin verweilt hatte. Auch hier trat der Exitus letalis ein. Danach kam ein schwerer Fall von Influenza nicht mehr vor, ausgenommen bei einer schwer kranken Phthisikerin, die aber ihrer Tuberkulose auch ohne komplizierende Grippe beim geringsten Anlaß gewiß zum Opfer gefallen wäre. Leichte Fälle waren dagegen noch eine ganze Anzahl zu verzeichnen.

Es erkrankten etwa 60 Patientinnen, dazu einige Schwestern und Dienstmädchen.

Eine strenge Isolierung der Kranken war zunächst nicht vorgenommen, sondern erst später durchgeführt.

In Abteilung II erkrankte zunächst niemand. Später kamen einzelne Erkrankungsfälle vor, die aber jedesmal neu von außen eingeschleppt waren. Bestand bei Neuankommenden Verdacht auf Grippe, so wurden sie sofort streng abgesondert. Zu einer Epidemie kam es in Abteilung II nicht, sie scheint durch die sofortige Absonderung verhindert zu sein[1]). Dies ist auch verständlich, wenn wir den Gang der Infektion berücksichtigen:

Die Influenzabazillen werden namentlich im Nasenrachenraum und in den tieferen Luftwegen beherbergt und gelangen insbesondere beim Husten und Niesen an die Außenwelt. Bei der heute leider noch so wenig beachteten Hustendisziplin und der weitverbreiteten mangelhaften Mund- und Rachenpflege ist eine rasche Uebertragung von Mensch zu Mensch nach Art der Flüggeschen Tröpfchen-Infektion leicht möglich. Ist aber der hustende Influenzakranke isoliert, so ist die Hauptinfektionsquelle auf ein geringes Maß zurückgeführt.

Unterstützend wirkten bei der Bekämpfung der Infektion allgemeine Maßnahmen: Regelmäßiges Leben, Abhärtung und zweckmäßige Ernährung. Das gesunde Heilstättenleben hat m. E. auch dazu beigetragen, daß unter so vielen Erkrankungen nur zwei schwere vorkamen.

Dazu kamen prophylaktische Maßnahmen, die sich möglichst gegen den Infektionserreger selbst richteten. Bei der Influenza findet die Ansteckung wahrscheinlich durch den Nasenrachenraum statt. Jüngst wird dies wieder durch Schwermann[2]) bestätigt, der bei 60 % im Nasensekret Pfeiffersche Bazillen fand. Deshalb sind regelmäßige Gurgelungen und Nasenpinselungen angebracht. Sämtlichen Heilstätteninsassen wurde daher dringend geraten, mindestens dreimal täglich mit warmem Wasser und Salol-Mundwasser (Rp. Salol 2,0, Ol. Menth. Pip. Tct. Myrrh. aa 0,5, Sprit. vini ad 100,0 — M. D. S. einige Tropfen auf ein halbes Glas warmes Wasser) zu gurgeln. Den Schwestern wurde außerdem anempfohlen, dreimal täglich die Nasengänge mit Borsalbe zu bepinseln. Daß die Aerzte die Prophylaxe besonders beachteten, ist selbstverständlich. Außer Nasenpinselungen mit Ung. leniens zweimal täglich machten sie noch ein- bis zweimal täglich eine Nasenpinselung mit Coryfin. In Ermangelung von Olivenöl wurde Ung. len. als Coryfinträger verwendet. Das Coryfin ohne Fetträger anzuwenden, ist nicht ratsam, da es die Schleimhäute reizt.

---

[1]) Zu demselben Ergebnis kommt neuerdings Leitner (W. kl. W., ref. in M. Kl. 47, 1918. S. 1172), der prophylaktisch strengste Isolierung empfiehlt.

[2]) Schwermann: Zur Pathologie der „spanischen Krankheit". M. Kl.: 42, 1918.

Wir glauben auf diese Weise eine zweckmäßige Prophylaxe getrieben zu haben, der es nach meiner Ansicht mit zu danken ist, daß die Epidemie in der Heilstätte mit über 300 Insassen nur einen verhältnismäßig geringen Umfang genommen hat und günstig verlaufen ist.

Besprechungen.

Prof. Dr. H. E. Hering, Geh. Med.-Rat und Direktor des pathologisch-psychologischen Instituts der Akademie für praktische Medizin in Cöln: **Der Sekundentod** mit besonderer Berücksichtigung des Herzkammerflimmerns. Mit 3 Textfiguren. Berlin 1917. Verlag von Julius Springer. 8°, 90 S. Preis: 4,40 M.

Eine außerordentlich wertvolle Abhandlung über den Begriff des plötzlichen Todes, der Sterbedauer, des klinisch feststellbaren Todes und des Herztodes vom klinischen und pathologischen Standpunkte sowie über das Wesen des Herzkammerflimmerns, seine Folgen, seine auslösenden und disponierenden Koeffizienten, sein Vorkommen beim Menschen und seine klinische, pathologisch-anatomische und forensische Bedeutung, deren eingehendes Studium allen Aerzten, insbesondere den Gerichtsärzten nur empfohlen werden kann.

Rpd.

Dr. H. Többen, Dozent für gerichtliche Psychiatrie an der Universität Münster: **Brandstifter. Beiträge zur Psychologie und Psychopathologie.** Berlin 1917. Verlag von Julius Springer. Gr. 8°, 105 Seiten. Preis: 4,80 M.

Eine vortreffliche Studie, in der Verfasser die Kenntnis des Verbrechens der Brandstiftung durch individual-psychologische und psychiatrische Untersuchungen zu erweitern und zu vertiefen sucht. Besonderer Wert ist auf die Beziehungen der Brandstiftungen im Kriege und auf ihre volkswirtschaftliche Bedeutung gelegt und zwar auf Grund eines reichhaltigen Materials, das ihm von der westfälischen Provinzial-Feuerversicherungsgesellschaft zur Verfügung gestellt ist. Den Medizinalbeamten, insbesondere den Gerichtsarzt und Psychiater, werden namentlich die Abschnitte über die Beweggründe zur Brandstiftung, über den Geisteszustand der Täter und die Stellungnahme zur Pyromanie sowie die vom Verfasser gemachten Bekämpfungsvorschläge interessieren. Mit Recht betont dieser am Schluß, daß im Hinblick auf die ungeheure Wertvernichtung durch die Brandstiftung gerade unter den gegenwärtigen außergewöhnlichen Zeitverhältnissen zur Verhütung und Bekämpfung dieses gemeingefährlichen Verbrechens neue und schwere Arbeit erforderlich sei. Rpd.

Prof. Emil Kraepelin-München: **Hundert Jahre Psychiatrie.** Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung. Berlin 1918. Verlag von Julius Springer. 8°. 115 S. Preis 2,80 M.

Was Verfasser schon über den gleichen Gegenstand in der ersten Sitzung der neuen deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München kurz ausgeführt hat (s. Nr. 15 d. Zeitschrift, Jahrg. 1918, S. 324), ist hier in einen großen Rahmen gefaßt, um die Geschichte der Psychiatrie in den letzten 100 Jahren auch weiteren Kreisen zugänglich zu machen und dadurch das leider jetzt noch sehr verbreitete Mißtrauen gegen Irrenanstalten und Irrenärzte zu bekämpfen. Verfasser gibt ein klares Bild von den früher herrschenden verkehrten Anschauungen über Geisteskrankheit und Behandlung der Geisteskranken; er zeigt dann die großen Fortschritte, die gerade im letzten Jahrhundert die Seelenheilkunde gemacht und die schließlich immer mehr zu einer gesunden wissenschaftlichen Entwicklung der Psychiatrie unter Beseitigung eingewurzelter Vorurteile geführt haben. Dieser geistige Werdegang der Seelenheilkunde dürfte auch für die Strafrechtskunde lehrreich sein. Rpd.

H. Seelmann, Vorstandsmitglied der Landesversicherungsanstalt Oldenburg: **Die Rechtsprechung der Versicherungsbehörden zum zweiten Buche**

der RVO. (Krankenversicherung). Oldenburg 1917, Verlag von Stephan Geibel. 12⁰. 80 S. Preis: 1,60 M.

Das Heft bildet einen Teil der vom Verfasser herausgegebenen Sammlung von Einzeldarstellungen des Reichsversicherungsrechtes und berücksichtigt nicht nur die Entscheidungen des Reichs-Vers.-Amts, der Landes-, Ober- und Vers.-Aemter, sondern unter steter Angabe der Quelle auch die in Fachzeitschriften und sonst veröffentlichten Entscheidungen. Es ist deshalb für alle amtlichen Stellen der Kranken-Vers. ein unentbehrliches Hilfsmittel; es ermöglicht aber auch Aerzten usw. sich mit großer Leichtigkeit über alle bereits ergangenen Entscheidungen zu unterrichten. Rpd.

Dr. Ludwig Heim, ord. Professor und Direktor des hygienisch-bakteriologischen Instituts der Universität Erlangen. **Lehrbuch der Bakteriologie.** Mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungsmethoden, Diagnostik und Immunitätslehre. Fünfte, umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 216 Abbildungen im Text und 14 autophotographischen Tafeln. Stuttgart 1918, Verlag von Ferd. Enke. Gr. 8⁰. 605 S.

Verf. hat sein Lehrbuch einer gründlichen Umarbeitung unterzogen, bei der er nicht bloß seine eigenen, im Frieden und im Felde als beratender Hygieniker bei einer Armee gemachten Erfahrungen, sondern auch alle sonstigen Forschungsergebnisse während der letzten sechs Jahre verwertet und kritisch gesichtigt hat. Zahlreiche Abschnitte des Werkes sind neu geschrieben, und zwar sowohl in seinen beiden ersten Hauptteilen (Untersuchungsmethoden im allgemeinen und Untersuchungen über die Form und Lebenseigenschaften der Bakterien), als in dem dritten Teil über bakteriologische Diagnostik, z. B. die Abhandlungen über Spirochätosen, Fleckfieber, Pocken, Wundinfektion, Genickstarre, Diphtherie, Typhus, Ruhr, usw. Das vortreffliche Lehrbuch verdient deshalb, wiederum aufs wärmste empfohlen zu werden, denn es wird in seiner Auflage in noch höherem Maße als bisher dem Studierenden ein treuer Führer, dem Arzte, Hygieniker und Kliniker ein zuverlässiger Ratgeber in allen Einzelfragen sein. Rpd.

Prof. Dr. J. Schwalbe, Geh. San.-Rat in Berlin: **Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung.** Leipzig 1918. Verlag von Georg Thieme. 5. Heft, Gr. 8⁰, 180 S. Preis: 5 M. und 25 % Preisaufschlag.

Das fünfte Heft bringt eine Abhandlung von Prof. Dr. Borin Alexander v. Korànyi in Budapest über Krankheiten der Herzorgane und von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. P. Fürbringer über Immpotenz und krankhafte Samenverluste. Beide Abhandlungen teilen die Vorzüge der zuerst erschienenen, in Nr. 8 d. Jahrg. (S. 183) besprochenen ersten Lieferung des großangelegten Sammelwerkes; ihr eingehendes Studium wird nicht bloß den behandelnden Arzt vor diagnostischen und therapeutischen Irrtümern schützen, sondern auch dem ärztlichen Sachverständigen bei der Beurteilung krankhafter Störungen der betreffenden Organe und Abfassung von Gutachten in schwierigen derartigen Fällen von großem Nutzen sein. Rpd.

James Makenzie, Prof. für Herzforschung am London-Hospital: **Krankheitszeichen und ihre Auslegung.** Autorisierte Uebersetzung von E. Müller und herausgegeben von Prof. Dr. **Joh. Müller,** Direktor des Allgemeinen Krankenhauses in Nürnberg. Dritte Auflage. Würzburg 1917. Karl Kabitzschs Verlag. Gr. 8⁰, 206 S. Preis: 6 M., geb. 7,60 M.

Trotz des Weltkrieges und trotz der Feindschaft mit unserem gefährlichsten Gegner ist vom vorliegenden Werke des englischen Verfassers eine neue Auflage nötig geworden, der beste Beweis für die günstige Aufnahme der von ihm vertretenen neuen Anschauungen über das Wesen des Schmerzes und der anderen Begleiterscheinungen bei den Erkrankungen besonders der Eingeweide, sowie dafür, daß der Deutsche das Gute und Hervorragende achtet und schätzt, auch wenn es aus dem feindlichen Lager stammt. In England oder namentlich in Frankreich wird während des Krieges sicherlich selbst das hervorragendste deutsche Werk nicht der Ehre einer Uebersetzung teilhaftig werden. Rpd.

Prof. Dr. J. Schaeffer-Breslau: **Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten** mit besonderer Berücksichtigung der Behandlungstechnik für Aerzte und Studierende. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin und Wien 1918, Verlag von Urban und Schwarzenberg. 8°, 468 S. Preis: geb. 15 M.

Wenn ein Werk, namentlich in der jetzigen Zeit, binnen drei Jahren drei Auflagen erlebt, so spricht dies schon allein nicht nur für die Vortrefflichkeit seines Inhaltes, sondern auch für seine Zweckmäßigkeit und praktische Brauchbarkeit. Die jetzt vorliegende Neuauflage wird aber in den beteiligten Kreisen um so freudiger begrüßt werden, als infolge des Krieges leider namentlich die venerischen Krankheiten eine außerordentliche Zunahme erfahren haben, und den Aerzten deshalb ein auf Grund reicher praktischer Erfahrungen abgefaßter zuverlässiger Ratgeber bei den ihnen obliegenden wichtigen Aufgabe der sachgemäßen Behandlung und prophylaktischen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten höchst willkommen sein wird, Verfasser ist außerdem bestrebt gewesen, den Inhalt seines Werkes nicht nur dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft entsprechend zu gestalten, sondern bei der Darstellung auch den Bedürfnissen des praktischen Arztes Rechnung zu tragen sowie für sein Vorgehen in der Praxis bestimmte und deshalb höchst wertvolle Richtlinien zu geben. Rpd.

Prof. Dr. J. Schwalbe, Geh. San.-Rat in Berlin: **Ueber das medizinische Frauenstudium in Deutschland.** Leipzig 1918. Verlag von Georg Thieme. 12°, 63 S. Preis: 2,20 M., 25% Teuerungszuschlag.

Eine objektiv gehaltene Besprechung des medizinischen Frauenstudiums, in der Verfasser namentlich die Frage beantwortet, ob die dagegen in früheren Jahren besonders von Aerzten und Universitätslehrern erhobenen Bedenken sich in Wirklichkeit erfüllt haben. Er hat sich zu diesem Zweck an je zwei medizinische Ordinarien sämtlicher deutscher Universitäten mit der Bitte um ein Urteil über die praktische und wissenschaftliche Befähigung der Medizinstudentinnen und Assistenzärztinnen gewandt und legt diese Antworten seinen Ausführungen zugrunde. Sein Urteil über das Frauenstudium ist wesentlich günstiger, als das vieler Aerzte und Universitätslehrer, gleichwohl kommt er zu dem Schluß, daß es eine strenge Auswahl sowie den Nachweis einer gewissen allgemeinen Begabung und Geistesreife erfordere und daß man unter diesen Voraussetzungen zwar der weiteren Entwickelung des medizinischen Frauenstudiums als eines existenzberechtigten und künstlich nicht mehr auszuschaltenden Teils der Frauenbewegung entgegensehen könne, aber weder überschwängliche Hoffnungen noch düstere Kassandrarufe daran knüpfen dürfe. Rpd.

San.-Rat Dr. Mann, Direktor der Provinzialhebammenlehranstalt und der Säuglingspflegerinnenschule in Paderborn: **Die Pflege der Wöchnerin und des Säuglings.** Unterrichtsbuch für Wochenpflegerinnen. Dritte verbesserte Auflage. Paderborn 1917. Verlag der Jungfermannschen Buchhandlung. 8°; 163 Seiten.

Das vorliegende kleine Werk hat sich seit seinem ersten Erscheinen als sehr geeignet zur Ausbildung von Wochenbettpflegerinnen bewährt und wird dies sicherlich auch künftighin weiter tun, zumal die jetzige Auflage nicht nur die inzwischen erschienenen Neuauflagen des Hebammenlehrbuches und Krankenpflegebuches berücksichtigt, sondern auch auf Grund der reichen persönlichen Erfahrungen des Verfassers mancherlei wertvolle Verbesserungen und Ergänzungen erfahren hat. Sie wird deshalb sicherlich das gleiche Wohlwollen finden, wie die beiden ersten Auflagen. Rpd.

Dr. Hermann Schall, leitender Arzt des Kindersanatoriums Luisenruhe und **Dr. August Heisler,** leitender Arzt des Erholungsheims Luisenruhe für Erwachsene in Königsfeld: **Nahrungsmitteltabelle zur Aufstellung und Berechnung von Diätvorschriften.** Fünfte Auflage. Würzburg 1917. Curt Kabitzsch Verlag. Gr. 8°, 64 Seiten. Preis: kart. 3,60 M.

Die für Krankenhäuser, Sanatorien und die ärztliche Praxis bestimmte Nahrungsmitteltabelle hat bei ihrer diesmaligen Neuauflage keine Verände-

rungen erfahren; ihre praktische Brauchbarkeit wird sich namentlich in der jetzigen Zeit auch weiterhin bewähren. Rpd.

Dr. O. Solbrig, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Breslau: **Anleitung über Wesen, Bedeutung und Ausführung der Desinfektion.** Zugleich Muster einer Desinfektionsordnung. Im amtlichen Auftrage verfaßt. Dritte vermehrte Auflage. Königsberg i. W. 1918. Verlag von Graefe & Unger.

Der kleine zur Anleitung und Fortbildung von Desinfektoren und Krankenpflegern sehr geeignete Leitfaden hat bei seiner Neuauflage keine wesentlichen Aenderungen erforderlich gemacht. Er wird sich auch ohnedem für den praktischen Gebrauch bewähren. Rpd.

Prof. Dr. Hase-Jena: **Die Bettwanze,** ihr Leben und ihre Bekämpfung. Mit 131 Textabbildungen und 6 Tafeln. Berlin 1917. Verlag von Paul Parey. Gr. 8°, 137 S. Preis: 6,50 M.

Die vorliegende Monographie bildet das erste Beiheft zu der von Prof. Dr. Escherich-München herausgegebenen Zeitschrift für angewandte Entomologie und bringt eine vorzügliche, auf sorgfältige eigene Forschungen begründete und durch zahlreiche Abbildungen erläuterte Darstellung des biologisch-ökologischen Verhaltens eines unser unangenehmsten Hausparasiten und im Anschluß daran eine klare Schilderung der zur Bekämpfung der Bettwanzen erforderlichen Maßregeln; als wirksamstes Mittel bezeichnet Verfasser die Blausäure-Räucherung, die gerade in dem jetzigen Kampfe gegen alle derartigen krankheitsübertragenden Schädlinge besonders wertvoll sei. Rpd.

Dr. phil. H. W. Frickhinger-München. **Die Mehlmotte.** Schilderung ihrer Lebensweise und ihrer Bekämpfung mit besonderer Berücksichtigung der Cyanwasserstoffdurchgasung Mit 16 Abbildungen im Text. München 1918, Verlag Natur und Kultur. 8°, 63 S. Preis: 2,50 M.

Zu den allergefährlichsten Feinden unserer Ernährung gehört die Mehlmotte; dies zeigt mit erschreckender Deutlichkeit die vorliegende Studie, in der Vorkommen, Herkunft, Verschleppung und Schädlichkeit der Mehlmotte ebenso sachgemäß geschildert werden, wie die verschiedenen Methoden ihrer Bekämpfung (mechanische Reinigung, Anwendung von gasförmigen Mitteln, Formalindämpfen und Schwefelräucherung). Als wirksamstes Mittel hat sich jedoch das Blausäureverfahren bewährt, an dessen Vorarbeiten und Einführung der Verfasser tätigsten Anteil gehabt hat und über dessen Anwendung und Vorzüge er deshalb auf Grund eigener Erfahrungen berichten konnte. Rpd.

Tagesnachrichten.

Das in **Bayern** neu eingerichtete **Ministerium für soziale Fürsorge**[1]) hat den **Bayerischen Medizinalbeamtenverein** zu folgender Zuschrift veranlaßt:

„Die Neuerrichtung eines Ministeriums für soziale Fürsorge läßt in Bälde bevölkerungspolitische Maßnahmen zur Mehrung und Erhaltung der Volkskraft, insbesondere aber den Ausbau des weiten Gebietes der sozialen Fürsorge erwarten. Die bayerische Aerzteschaft und die beamteten Aerzte begrüßen dies auf das freudigste, haben sie doch auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge seit Jahren tatkräftigst mitgearbeitet. Aerzte und Amtsärzte legen deshalb größten Wert darauf, daß ihre Erfahrungen und Wünsche neben den beiden bewährten Landesverbänden für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge und zur Bekämpfung der Tuberkulose vor Schaffung der zu erwartenden Neueinrichtungen gehört werden. Gerade auf dem Gebiete des Säuglings- und Kleinkinderschutzes, wie auch bei allen den Schutz gegen die Volksseuche Tuberkulose betreffenden Fragen erscheint es uns unumgänglich notwendig, in erster Linie den Rat der Amtsärzte zu erholen, welche, eng mit der Bevölkerung verbunden, deren Wünsche und Sorgen kennen und sich seit vielen Jahren erfolgreich auf diesen Gebieten betätigen. Die Inangriffnahme einer großzügigen Bevölkerungspolitik, der Ausbau der bestehenden Fürsorgestellen, die Auf-

---

[1]) Siehe Beilage Rechtspr. und Gesetzgebung zur heutigen Nummer, S. 107.

stellung von Bezirksfürsorgerinnen wird sich unter Mitwirkung der Amtsärzte ohne Schwierigkeiten vollziehen. Im bayerischen Medizinalbeamtenverein sind wiederholt brauchbare Vorschläge gemacht worden zum Ausbau der sozialen Fürsorgevorschläge; sie scheiterten an der Unzulänglichkeit der zur Verfügung stehenden Mittel.

Wie man hört, soll auch das gesamte bayer. Medizinalwesen auf eine neue Grundlage gestellt werden. Zu diesem Zwecke dürfte wohl eine Vermehrung der ärztlichen Ministerialreferenten geboten und beabsichtigt sein. Aus Kreisen der Medizinalbeamten wird die Befürchtung laut, daß die erprobten und erfahrenen Kräfte hierbei auf die Seite gesetzt und durch neue, mit den Bedürfnissen des Landes weniger vertraute Männer ersetzt werden könnten. Der bayer. Medizinalbeamtenverein hält sich für verpflichtet, hier warnend seine Stimme zu erheben und darauf hinzuweisen, daß hierzu in erster Linie beruflich genügend vorgebildete Amtsärzte, welche die Vorzüge, aber auch die nicht zu leugnenden Schwächen des bayer. Medizinalwesens aus ihrer Amtstätigkeit kennen, befähigt sind. Es ist nicht mehr wie billig, daß dem Medizinalbeamtenverein, dem sämtliche Amtsärzte angeschlossen sind, Gelegenheit gegeben wird, zu etwa beabsichtigten Reformen Stellung zu nehmen.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben.
Oberstabsarzt d. L. Geh. San. Rat Dr. Hilbert, Stadtarzt in Sensburg (Mitgl. des preuß- Med.-Beamtenvereins).

Mitteilung für die Medizinalbeamten.

Infolge der außerordentlichen Steigerung der Herstellungskosten wird der **Kalender für Medizinalbeamte für 1919** nicht zur Ausgabe gelangen, worauf wir nochmals besonders aufmerksam machen.

Der Herausgeber
Prof. Dr. Rapmund,
Geh. Med.-Rat.

Die Verlagsbuchhandlung
Fischer's med. Buchhandlung
H. Kornfeld.

Deutscher und Preußischer Medizinalbeamtenverein.

Die **Mitglieder des Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenvereins** werden gebeten, etwa erfolgte oder bevorstehende **Wohnungsänderungen** umgehend dem Unterzeichneten mitzuteilen, da die Zeitschrift vom nächsten Jahre ab in einer anderen Buchdruckerei gedruckt wird und ihre Zustellung sonst nicht pünktlich erfolgen kann.

Die Versendung der Zeitschrift erfolgt wie bisher unmittelbar durch die Post; es bedarf deshalb **keiner Bestellung bei der Post** seitens der Vereinsmitglieder.

Minden i. W., im Dezember 1918.

Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat,
Vorsitzender.

Mitteilung.

Der heutigen Nummer der Zeitschrift ist das **Inhaltsverzeichnis mit Sachregister** beigefügt, dessen Drucklegung sich infolge Papiermangels verzögert hat, so daß es nicht möglich war, die Zeitschrift rechtzeitig zu versenden.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 1. 5. Januar. 1918.

Rechtsprechung.

Schadenersatzpflicht eines Genesungsheims wegen Unfall am Turngerät. Urteil des Reichsgerichts vom 22. Oktober 1917.

Wie das Berufungsgericht mit Recht betont, sind die am Rundlauf spielenden Kinder aufs höchste gefährdet, wenn irgend ein Teil des Gerätes, namentlich wenn der Pfahl, der die Seile trägt, schadhaft ist. Daraus folgt die Verpflichtung desjenigen, dem die Sorge für die Sicherheit des Rundlaufs obliegt, bei seiner Errichtung und Instandhaltung mit äußerster Sorgfalt auf diese Sicherheit Bedacht zu nehmen. Es darf und bei Anwendung der gebotenen Aufmerksamkeit kann es nicht vorkommen, daß der Pfahl wie hier, weil er morsch geworden ist, bricht. Die Tatsache, daß sich dies dennoch zugetragen hat, beweist bis auf weiteres, daß bei der Errichtung oder bei der Unterhaltung des Pfahls die erforderlichen Maßnahmen versäumt wurden, die seine andauernde Standhaftigkeit, insbesondere den Schutz gegen Witterungseinflüsse unbedingt verbürgten. Sache der Beklagten war es, im Wege des Gegenbeweises darzutun, daß sie in keiner Richtung an dem Bruch des Pfahls eine Schuld trage. Dieser Gegenbeweis ist gänzlich mißlungen. Nicht nur ist zweifelhaft, ob der Pfahl von vornherein genügend stark war und ob die Ausführung des Rundlaufs einem ländlichen, in der Herstellung derartiger Turnspielgeräte mutmaßlich wenig erfahrenen Handwerker übertragen werden durfte; die Beklagte hat auch den Pfahl sieben Jahre hindurch ohne ausreichende Durchtränkung (Imprägnierung) und ohne zulängliche Nachprüfung stehen lassen. Der Verwalter Sch., den die Beklagte mit der Ueberwachung der Turngeräte betraut hatte, besaß nach der einwandfreien Annahme des Berufungsgerichts hierzu nicht die nötige Sachkunde. Die Rüge der Revision, daß immerhin die Beklagte, weil Sch. gelernter Tischler war, ihm ohne Verschulden Sachkunde zutrauen und die Aufsicht über die Geräte überlassen durfte, scheitert schon daran, daß er mit 56 Jahren bereits Oberpostschaffner a. D. war, also eine lange Beamtenlaufbahn hinter sich hatte, weshalb die Beklagte damit rechnen mußte, daß die Kenntnisse und Erfahrungen, die er sich etwa vor Jahrzehnten in dem Handwerk erworben hatte, längst entschwunden waren. Die Untersuchung des Pfahls, die Sch. vorgenommen hat, war denn auch, wie der Sachverständige begutachtet, dem das Berufungsgericht folgt, nach Art und Ort ungeeignet. Ohne Rechtsirrtum legt sohin das Berufungsgericht der Beklagten zur Last, daß sie den Unfall fahrlässig verursacht habe. Das Berufungsgericht hat auf den Feststellungsantrag der Kläger nicht erkannt, weil ihm dadurch zugleich entsprochen sei, daß der Grund des Leistungsanspruchs für gerechtfertigt erklärt werde. Dies ist irrig. Der Leistungsanspruch erstreckt sich nur auf Schadenposten (Heilungskosten, Unterhaltsrente, Badreisen) bis Ende 1918. Ohne die beantragte Feststellung, die die Pflicht zum Ersatz des weiteren Schadens zum Gegenstand hatte, muß der Grund dieses Schadens von neuem geprüft werden, wie auch die Verjährung hierfür nicht im Sinne der §§ 211, 218 BGB. unterbrochen ist. Das Reichsgericht war mangels einer Anschlußrevision nicht in der Lage, dem Mangel abzuhelfen. Im Verfahren über den Betrag werden die Kläger für die Wahrung ihrer Rechte zu sorgen haben.

stellung von Bezirksfürsorgerinnen wird sich unter Mitwirkung der Amtsärzte ohne Schwierigkeiten vollziehen. Im bayerischen Medizinalbeamtenverein sind wiederholt brauchbare Vorschläge gemacht worden zum Ausbau der sozialen Fürsorgevorschläge; sie scheiterten an der Unzulänglichkeit der zur Verfügung stehenden Mittel.

Wie man hört, soll auch das gesamte bayer. Medizinalwesen auf eine neue Grundlage gestellt werden. Zu diesem Zwecke dürfte wohl eine Vermehrung der ärztlichen Ministerialreferenten geboten und beabsichtigt sein. Aus Kreisen der Medizinalbeamten wird die Befürchtung laut, daß die erprobten und erfahrenen Kräfte hierbei auf die Seite gesetzt und durch neue, mit den Bedürfnissen des Landes weniger vertraute Männer ersetzt werden könnten. Der bayer. Medizinalbeamtenverein hält sich für verpflichtet, hier warnend seine Stimme zu erheben und darauf hinzuweisen, daß hierzu in erster Linie beruflich genügend vorgebildete Amtsärzte, welche die Vorzüge, aber auch die nicht zu leugnenden Schwächen des bayer. Medizinalwesens aus ihrer Amtstätigkeit kennen, befähigt sind. Es ist nicht mehr wie billig, daß dem Medizinalbeamtenverein, dem sämtliche Amtsärzte angeschlossen sind, Gelegenheit gegeben wird, zu etwa beabsichtigten Reformen Stellung zu nehmen.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gefallen oder gestorben.
Oberstabsarzt d. L. Geh. San. Rat Dr. Hilbert, Stadtarzt in Sensburg (Mitgl. des preuß. Med.-Beamtenvereins).

Mitteilung für die Medizinalbeamten.

Infolge der außerordentlichen Steigerung der Herstellungskosten wird der **Kalender für Medizinalbeamte für 1919** nicht zur Ausgabe gelangen, worauf wir nochmals besonders aufmerksam machen.

Der Herausgeber
Prof. Dr. Rapmund,
Geh. Med.-Rat.

Die Verlagsbuchhandlung
Fischer's med. Buchhandlung
H. Kornfeld.

Deutscher und Preußischer Medizinalbeamtenverein.

Die **Mitglieder des Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenvereins** werden gebeten, etwa erfolgte oder bevorstehende **Wohnungsänderungen umgehend** dem Unterzeichneten mitzuteilen, da die Zeitschrift vom nächsten Jahre ab in einer anderen Buchdruckerei gedruckt wird und ihre Zustellung sonst nicht pünktlich erfolgen kann.

Die Versendung der Zeitschrift erfolgt wie bisher unmittelbar durch die Post; es bedarf deshalb **keiner Bestellung bei der Post** seitens der Vereinsmitglieder.

Minden i. W., im Dezember 1918.

Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat,
Vorsitzender.

Mitteilung.

Der heutigen Nummer der Zeitschrift ist das **Inhaltsverzeichnis** mit **Sachregister** beigefügt, dessen Drucklegung sich infolge Papiermangels verzögert hat, so daß es nicht möglich war, die Zeitschrift rechtzeitig zu versenden.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 1. 5. Januar 1918.

Rechtsprechung.

Schadenersatzpflicht eines Genesungsheims wegen Unfall am Turngerät. Urteil des Reichsgerichts vom 22. Oktober 1917.

Wie das Berufungsgericht mit Recht betont, sind die am Rundlauf spielenden Kinder aufs höchste gefährdet, wenn irgend ein Teil des Gerätes, namentlich wenn der Pfahl, der die Seile trägt, schadhaft ist. Daraus folgt die Verpflichtung desjenigen, dem die Sorge für die Sicherheit des Rundlaufs obliegt, bei seiner Errichtung und Instandhaltung mit äußerster Sorgfalt auf diese Sicherheit Bedacht zu nehmen. Es darf und bei Anwendung der gebotenen Aufmerksamkeit kann es nicht vorkommen, daß der Pfahl wie hier, weil er morsch geworden ist, bricht. Die Tatsache, daß sich dies dennoch zugetragen hat, beweist bis auf weiteres, daß bei der Errichtung oder bei der Unterhaltung des Pfahls die erforderlichen Maßnahmen versäumt wurden, die seine andauernde Standhaftigkeit, insbesondere den Schutz gegen Witterungseinflüsse unbedingt verbürgten. Sache der Beklagten war es, im Wege des Gegenbeweises darzutun, daß sie in keiner Richtung an dem Bruch des Pfahls eine Schuld trage. Dieser Gegenbeweis ist gänzlich mißlungen. Nicht nur ist zweifelhaft, ob der Pfahl von vornherein genügend stark war und ob die Ausführung des Rundlaufs einem ländlichen, in der Herstellung derartiger Turnspielgeräte mutmaßlich wenig erfahrenen Handwerker übertragen werden durfte; die Beklagte hat auch den Pfahl sieben Jahre hindurch ohne ausreichende Durchtränkung (Imprägnierung) und ohne zulängliche Nachprüfung stehen lassen. Der Verwalter Sch., den die Beklagte mit der Ueberwachung der Turngeräte betraut hatte, besaß nach der einwandfreien Annahme des Berufungsgerichts hierzu nicht die nötige Sachkunde. Die Rüge der Revision, daß immerhin die Beklagte, weil Sch. gelernter Tischler war, ihm ohne Verschulden Sachkunde zutrauen und die Aufsicht über die Geräte überlassen durfte, scheitert schon daran, daß er mit 56 Jahren bereits Oberpostschaffner a. D. war, also eine lange Beamtenlaufbahn hinter sich hatte, weshalb die Beklagte damit rechnen mußte, daß die Kenntnisse und Erfahrungen, die er sich etwa vor Jahrzehnten in dem Handwerk erworben hatte, längst entschwunden waren. Die Untersuchung des Pfahls, die Sch. vorgenommen hat, war denn auch, wie der Sachverständige begutachtet, dem das Berufungsgericht folgt, nach Art und Ort ungeeignet. Ohne Rechtsirrtum legt sohin das Berufungsgericht der Beklagten zur Last, daß sie den Unfall fahrlässig verursacht habe. Das Berufungsgericht hat auf den Feststellungsantrag der Kläger nicht erkannt, weil ihm dadurch zugleich entsprochen sei, daß der Grund des Leistungsanspruchs für gerechtfertigt erklärt werde. Dies ist irrig. Der Leistungsanspruch erstreckt sich nur auf Schadenposten (Heilungskosten, Unterhaltsrente, Badreisen) bis Ende 1918. Ohne die beantragte Feststellung, die die Pflicht zum Ersatz des weiteren Schadens zum Gegenstand hatte, muß der Grund dieses Schadens von neuem geprüft werden, wie auch die Verjährung hierfür nicht im Sinne der §§ 211, 218 BGB. unterbrochen ist. Das Reichsgericht war mangels einer Anschlußrevision nicht in der Lage, dem Mangel abzuhelfen. Im Verfahren über den Betrag werden die Kläger für die Wahrung ihrer Rechte zu sorgen haben.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preußen.

Abgrenzung der Zuständigkeit des preußischen Staatskommissars für Volksernährung. Beschluß des Königl. Staatsministeriums vom 30. November 1917.

Im Ausführung der Allerhöchsten Kabinettsorder vom 28. August 1917 wird die Zuständigkeit des Staatskommissars für Volksernährung auf alle Fragen erstreckt, welche die Erfassung und Bewirtschaftung der Lebens- und Futtermittel betreffen.

Maßnahmen zur Bekämpfung der Ruhr während des Winters und Behandlung Ruhrkranker mit dem „Ruhrheilstoff-Boehncke". Erlaß des Ministers des Innern vom 15. Dezember 1917 — M 18958 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Ober-Oberpräsidenten und die Herren Vorsitzenden der Aerztekammern.

Der Umfang der Ruhrerkrankungen im Sommer und Herbst 1917 legt die Befürchtung nahe, daß die Ruhr auch im kommenden Winter nicht völlig verlöschen und bei Beginn der wärmeren Jahreszeit wieder in erhöhtem Maße auftreten wird. Es ist daher unerläßlich, den winterlichen Ruhrerkrankungen vermehrte Aufmerksamkeit zuzuwenden. Unter Bezugnahme auf meinen Erlaß vom 27. September 1917 — M. 13811 — ersuche ich deshalb ergebenst, alsbald und fortgesetzt dahin zu wirken, daß Erkrankungen mit blutig-schleimigen Durchfällen allgemein als Ruhr angesehen, auch dementsprechend gemeldet und behandelt werden. Ferner ist dafür zu sorgen, daß derartige Kranke, soweit sie in ihrer Wohnung nicht wirksam abgesondert werden können, möglichst frühzeitig in Krankenhäusern untergebracht werden. Bei den im Winter auftretenden Ruhrerkrankungen wird ferner durch ausgedehnte Umgebungsuntersuchungen auf Kranke mit leichten Erscheinungen sowie besonders auf chronische Kranke (Bazillenträger) zu fahnden sein.

Zur Behandlung von Ruhrkranken stellt die Firma Ruete-Enoch & Co. in Hamburg neuerdings einen Impfstoff unter dem „Ruhrheilstoff-Boehncke" her, der sich von dem in meinem früheren Erlaß empfohlenen Impfstoff „Dysbakta-Boehncke" dadurch unterscheidet, daß er kein freies Dysenterietoxin enthält. Mit diesem Ruhrheilstoff sind bereits gute therapeutische Erfolge erzielt worden. Er ist ebenfalls bei der genannten Firma unmittelbar oder durch die Apotheken erhältlich.

Soweit noch nicht geschehen, ist den Krankenhäusern bereits jetzt die Schaffung geeigneter Unterbringungs-Möglichkeiten für Infektionskranke nahezulegen. Gegebenenfalls wird die Hergabe von Döckerschen Baracken durch das Zentralkomitee des Roten Kreuzes, Berlin W. 66, Herrenhaus, Leipzigerstraße 3, in Frage kommen.

Zulassung der Erteilung theoretischen Unterrichts in den Krankenpflegeschulen durch geeignete Schwestern. Erlaß des Ministers des Innern vom 30. November 1917 — M 6879 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Mit Rücksicht auf den durch den Krieg auch in den Krankenanstalten entstandenen Aerztemangel ist bei mir angeregt worden, die Erteilung einer gewissen Anzahl von theoretischen Unterrichtsstunden in den Krankenpflegeschulen an Lehrschwestern durch die leitenden Oberschwestern vorübergehend zuzulassen. Wenngleich ich die hiergegen bestehenden Bedenken nicht verkenne, will ich Sie hierdurch ermächtigen, für die Dauer des Krieges für solche Krankenpflegeschulen des dortigen Bezirks, bei denen sich ein Aerztemangel besonders fühlbar macht, vorübergehend zu gestatten, daß ein Teil der theoretischen Unterweisung — jedoch in der Regel nur bis zu 60 Unterrichtsstunden — von besonders geeigneten Schwestern erteilt wird. Vor Erteilung der Genehmigung ist aber zunächst zu prüfen, ob den Schwierigkeiten des ausschließlichen Unterrichts durch Aerzte nicht durch einen frühzeitigeren Beginn der theoretischen Kurse — schon im 1. Halbjahre — wird begegnet werden können. In der Mehrzahl der Fälle wird sich dies, wie ich annehme, ermöglichen lassen. Im übrigen ist die nur als vorübergehende Kriegsmaßnahme zu betrachtende Genehmigung an die Voraussetzung zu

knüpfen, daß die als Lehrerinnen in Aussicht zu nehmenden Schwestern genaue Anweisung vom Anstaltsarzt erhalten, und daß dieser die volle Verantwortung für den Schwesternunterricht übernimmt. Dieser Unterricht hat sich auf die in den Abschn. 3, 4, 5, 7 G (Anlegen von Verbänden) und 12 des amtlichen Lehrbuches behandelten Gegenstände und gegebenenfalls auf Wiederholungsstunden zu beschränken.

Gleichzeitig ersuche ich, den Regierungs- und Medizinalrat zu beauftragen, sich von Zeit zu Zeit nach Möglichkeit gelegentlich der Krankenhausbesichtigungen über die ordnungsmäßige Erteilung des Unterrichts und die Innehaltung des Lehrplanes bei den Krankenpflegeschulen fortlaufend zu unterrichten.

Bestimmungen zur Ausführung des § 5 der Bekanntmachung der Reichsbekleidungsstelle vom 1. Dezember 1917 über baumwollene Verbandstoffe. Erlaß des Ministers des Innern vom 14. Dezember 1917 — M 7215 I — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

In Ausführung des § 5 der anliegenden Bekanntmachung der Reichsbekleidungsstelle über baumwollene Verbandstoffe vom 1. Dezember 1917*) bestimme ich als ärztliche Stellen für die Ausstellung der a. a. O. vorgesehenen besonderen Bescheinigungen allgemein die Kreisärzte. Als „andere Medizinalpersonen", denen ein beruflicher Bedarf an Verbandstoffen aus Web- usw. Waren, die ganz oder zum Teil aus Baumwolle hergestellt sind, wird zugestanden werden müssen, werden unter Umständen auch Gemeindeschwestern anzusehen sein. In den dazu geeigneten Fällen ist seitens der Kreisärzte auf die Verwendung von Verbandstoffen aus Papiergarngeweben oder Papier in möglichst großem Umfange hinzuwirken. Die Ausstellung der Bescheinigungen gehört zu den dienstlichen Obliegenheiten der Kreisärzte und ist gebührenfrei.

B. Königreich Württemberg.

Vorschriften über die Prüfung in der Säuglingspflege. Bekanntmachung des Ministeriums des Innern vom 4. Oktober 1917.

Die Vorschriften stimmen im wesentlichen mit denen des preuß. Min vom 31. März 1917 (s. Beilage zu Nr. 10 dieser Zeitschrift, 1917, S. 65) überein es wird jedoch der Nachweis einer einjährigen Ausbildung in einer staatlichen oder staatlich anerkannten Säuglingspflegeschule verlangt, während in Preußen das erste halbe Jahr von dieser Lehrzeit in einer Krankenpflegeschule zugebracht werden soll.

Ausbildung von Fürsorgerinnen. Bekanntmachung des Ministeriums des Innern vom 6. Oktober 1917.

Damit den Trägern der allgemeinen Wohlfahrtspflege und des öffentlichen Gesundheitswesens zur Erfüllung ihrer Aufgaben zweckentsprechend vorgebildete Hilfskräfte zur Verfügung stehen, werden nachstehend bezeichnete Einrichtungen getroffen.

§ 1. Für weibliche Personen, welche die im § 4 beschriebene Vorbildung nachweisen, wird an staatlichen oder vom Staate anerkannten Fürsorgerinnenschulen ein etwa sechs Monate dauernder Lehrgang eingerichtet. Sitz und Namen der Fürsorgerinnenschulen werden im Staatsanzeiger und im Amtsblatt des Ministeriums des Innern bekannt gegeben.

§ 2. In dem Lehrgang sollen die Schülerinnen die zur Versehung der Stelle einer Fürsorgerin [1]) und dergleichen erforderlichen Rechtskenntnisse sich aneignen und über den neuesten Stand der Wohlfahrts- und Fürsorgebestrebungen auf den für sie wichtigen Gebieten unterrichtet werden. Es wird ihnen ferner ein Ueberblick über die in Württemberg vorhandenen wichtigsten Wohl-

[1]) Die Fürsorgerin soll im wesentlichen belehrend und unterstützend wirken, nicht aber selbst Kranke, Säuglinge usw. pflegen. Sie soll die Lehren und Grundsätze einer richtigen Menschenpflege in die Familien hineintragen; da, wo man der Hilfe des Arztes bedarf, soll sie seine Berufung betreiben, wo anstaltsbedürftige Familienangehörige sind, soll sie mit Rat und Tat an die Hand gehen. Es liegt auf der Hand, daß sich zur Fürsorgerin nur begabte, geistig regsame und gewandte Frauen eignen.

fahrtseinrichtungen und Wohltätigkeitsanstalten gegeben, auch sollen sie in die Geschäftsführung einer Reihe dieser Einrichtungen und Anstalten praktisch eingeführt werden. Zugleich wird ihnen Gelegenheit geboten, die Fertigung von Eingaben an Behörden und Anstalten sowie die Kassen- und Rechnungsführung zu erlernen.

§ 3. Die Lehrgänge werden nach Bedarf abgehalten. Sie erstrecken sich insbesondere: auf die württemb. Behördenorganisation, die Grundzüge der Arbeiter- und Angestelltenversicherung, des Armenrechts, des Vormundschaftswesens, der Fürsorgeerziehung, auf die Kriegsfürsorge, auf das Gesetz über die Kost- und Pflegekinder, die württ. Schularzteinrichtung, die Vorschriften über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, auf die Wohnungspflege, die Tuberkulosefürsorge und die Trinkerfürsorge.

§ 4. (1) Die Voraussetzung für die Zulassung zu einem Lehrgang sind:

1. guter Leumund (nachzuweisen durch ein Leumundszeugnis);

2. ein Alter von in der Regel mindestens 25 und höchstens 40 Jahren;

3. gute Schulbildung. Bloße Volksschulbildung genügt nur ausnahmsweise und wenn eine entsprechende Fortbildung stattgefunden hat. Im Zweifelsfalle entscheidet der Ausfall einer Vorprüfung. Diese gilt als nicht bestanden, wenn einer der Lehrer erklärt, daß die Geprüfte an seinem Unterricht nicht mit Erfolg teilnehmen könne;

4. praktische Ausbildung und Erfahrung in der Haushaltung (Flicken, Nähen, Kochen, Behandlung der Wäsche usw. — durch Zeugnisse nachzuweisen);

5. der Besitz des Ausweises als staatlich geprüfte Krankenpflegerin mit mindestens dem Zeugnis „gut“. Den staatlich geprüften Krankenpflegerinnen stehen die gleich, welche die Prüfung bei einer vom Staate anerkannten geistlichen oder weltlichen Krankenpflegegenossenschaft abgelegt haben;

6. der Besitz des Ausweises als staatlich geprüfte oder anerkannte Säuglingspflegerin.

7. der Nachweis der Ausbildung in der Wochenpflege.

(2) Sofern die Ausweise in Nr. 5 und 6 nicht in Württemberg erlangt worden sind, genügen sie nur, wenn sie auf Grund einer Ausbildung erlangt wurden, die der in Württemberg vorgeschriebenen mindestens gleichkommt.

§ 5. Ueber die Zulassung zu einem Lehrgang entscheidet die Unterrichtsleitung (zu vergl. jedoch die Bestimmung in § 4 Nr. 3), an die auch die Anmeldungen zu richten sind, Diese können während des ganzen Jahres erfolgen, Ueber die Zulassung und den Beginn des nächsten Lehrgangs werden die Nachsuchenden von der Unterrichtsleitung in Kenntnis gesetzt. Die Namen der Unterrichtsleiter werden im Staatsanzeiger und im Amtsblatt des Ministeriums des Innern bekannt gegeben.

§ 6. Ueber die Reihenfolge und die Zeit, in der die Schülerinnen in die Geschäftsführung einzelner Wohlfahrtseinrichtungen eingeführt werden sollen, hat die Unterrichtsleitung mit der Leitung der betreffenden Einrichtung die nähere Regelung zu treffen.

§ 7. Nach Abschluß eines Lehrganges findet in Gegenwart eines Regierungsvertreters eine Abgangsprüfung statt. Die näheren Bestimmungen hierüber werden durch eine Prüfungsordnung festgesetzt. Wer die Prüfung mit Erfolg abgelegt hat, gilt als staatlich anerkannte Fürsorgerin und erhält hierüber einen vom Ministerium des Innern ausgefertigten Ausweis nach dem nachstehend beigedruckten Muster.

§ 8. Die Höhe der Unterrichsgebühr beträgt, soweit nicht auf Ansuchen Nachlaß gewährt wird, 100 M., die Prüfungsgebühr 20 M. und die Sportel für den Ausweis 5 M.

Ausweis für staatlich anerkannte Fürsorgerinnen

. . . . aus . . . .

die den Nachweis der Ausbildung als Fürsorgerin erbracht hat und die zur Ausführung dieses Berufes erforderlichen Eigenschaften besitzt, erhält hiemit die Bescheinigung, daß sie staatlich als Fürsorgerin anerkannt ist.

Stuttgart, den . . . .

Sportel 5 M. Tarif Nr. 56 II. (Dienstsiegel.) K. Ministerium des Innern.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 2. 20. Januar. 1918.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Vorschriften über Krankheitserreger. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 21. November 1917.

Der Bundesrat hat in seinen Sitzungen vom 18. Oktober und 13. November 1917 auf Grund des § 27 des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 (Reichs-Resetzbl. S. 306) und des § 17 Ziffer 16 des Viehseuchengesetzes vom 26. Juni 1909 (Reichs-Gesetzbl. S. 519) beschlossen, die Anlage 2 (Vorschriften über das Arbeiten und den Verkehr mit Pesterregern) zu der Bekanntmachung, betreffend Bestimmungen zur Ausführung des Gesetzes über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 6. Oktober 1900 (Reichs-Gesetzbl. S. 849) sowie die Bekanntmachung, betreffend Vorschriften über das Arbeiten und den Verkehr mit Krankheitserregern, ausgenommen Pesterreger, vom 1. Mai 1904 (Reichs-Gesetzbl. S. 159)[1]) durch die nachstehenden Vorschriften zu ersetzen.

A. Vorschriften über das Arbeiten und den Verkehr mit Krankheitserregern.

§ 1. Wer mit Material, das die Erreger der Cholera, der Pest, des Rotzes, der Maul- und Klauenseuche oder der Schweinepest enthält, oder mit solchen Erregern selbst arbeiten will, ferner wer derartige Erreger in lebendem Zustand aufbewahren oder abgeben will, bedarf dazu der Erlaubnis der Landeszentralbehörde. An Stelle der letzteren treten für das Kaiserliche Gesundheitsamt das Reichsamt des Innern, für Militäranstalten das zuständige Kriegsministerium, für Marineanstalten das Reichs-Marineamt. Die Erlaubnis darf nur für bestimmte Räume und nur nach Ausweis der erforderlichen wissenschaftlichen Ausbildung erteilt werden. Die den Leitern öffentlicher Anstalten erteilte Erlaubnis gilt auch für die unter ihrer Leitung in diesen Anstalten beschäftigten Personen.

Der Erlaubnis bedarf es nicht für Untersuchungen, welche der behandelnde Arzt oder Tierarzt zu ausschließlich diagnostischen Zwecken in seiner Praxis bis zur Feststellung der Krankheitsart nach den üblichen diagnostisch-bakteriologischen Untersuchungsverfahren vornimmt.

Der Handel mit Kulturen der im Abs. 1 bezeichneten Erreger ist verboten. Lebende Erreger dieser Art und Material, das solche Erreger enthält, dürfen nur an Personen und Stellen, die von der zuständigen Behörde die Erlaubnis zur Annahme erhalten haben, abgegeben werden.

§ 2. Wer mit anderen als den im § 1 bezeichneten Erregern von Krankheiten, welche auf Menschen übertragbar sind, oder von Tierkrankheiten, deren Anzeigepflicht, sei es auch nur für einen Teil des Reichsgebiets, eingeführt ist, oder mit Material, welches solche Erreger enthält, arbeiten will, ferner wer derartige Erreger in lebendem Zustand aufbewahren will, bedarf dazu der Erlaubnis der zuständigen Polizeibehörde desjenigen Ortes, in welchem der Arbeits- oder Aufbewahrungsraum liegt. Die Erlaubnis darf nur für bestimmte Räume und nur nach Ausweis der erforderlichen wissenschaftlichen Ausbildung erteilt werden.

Auf Aerzte und Tierärzte finden die Vorschriften im Abs. 1, soweit nicht die Landesregierungen anderes bestimmen, mit der Einschränkung An-

[1]) Siehe Beilage Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung zu Nr. 11 dieser Zeitschrift; Jahrg. 1914, S. 121.

wendung, daß sie der Polizeibehörde nur eine Anzeige von ihrem Vorhaben unter Angabe des Raumes nach Lage und Beschaffenheit zu erstatten und später jeden Wechsel des Raumes in gleicher Weise anzuzeigen haben.

Weder der Erlaubnis noch der Anzeige bedarf es, wenn die Arbeit und die Aufbewahrung

a) in öffentlichen Krankenhäusern, welche mit den zur Verhinderung einer Verschleppung von Krankheitskeimen erforderlichen Einrichtungen versehen sind, oder
b) in staatlichen, staatlich beaufsichtigten oder kommunalen Anstalten, welche zu einschlägigem Fachunterrichte dienen oder behufs Bekämpfung der Infektionskrankheiten zur Vornahme von Untersuchungen oder zur Herstellung von Schutz- oder Heilstoffen bestimmt sind, oder
c) vom behandelnden Arzte oder Tierarzt zu ausschließlich diagnostischen Zwecken in seiner Praxis bis zur Feststellung der Krankheitsart vorgenommen werden.

§ 3. Wer lebende Kulturen von den im § 2 Abs. 1 bezeichneten Krankheitserregern oder Material, welches solche Erreger enthält, feilhalten oder verkaufen will, bedarf dazu der Erlaubnis der zuständigen Polizeibehörde desjenigen Ortes, in welchem das Geschäft betrieben wird. Die Erlaubnis darf nur für bestimmte Räume und nur an zuverlässige Personen erteilt werden. Auf den Handel mit Kuhpockenlymphe durch die Apotheken finden die vorstehenden Vorschriften keine Anwendung.

Der Händler hat sich vor der Abgabe von Kulturen oder Material von dem Erwerber den Nachweis erbringen zu lassen, daß dieser die im § 2 Abs. 1 vorgeschriebene polizeiliche Erlaubnis zum Arbeiten mit Krankheitserregern oder zur Aufbewahrung von solchen erhalten hat, oder daß er einer solchen Erlaubnis im Hinblick auf Abs. 1 Satz 3 sowie auf § 2 Abs. 2 oder Abs. 3a und b nicht bedarf. Ueber die erfolgte Abgabe von Kulturen oder Material hat der Händler ein Verzeichnis zu führen, in das die Art der Krankheitserreger oder des Materials, der Tag der Abgabe, der Name und die Wohnung des Erwerbers sowie des etwaigen Ueberbringes, ferner näheres über die Art des erbrachten Nachweises sofort nach der Verabfolgung vom Abgebenden selbst einzutragen sind, und zwar stets in unmittelbarem Anschluß an die nächst vorhergehende Eintragung. Das Verzeichnis ist drei Jahre lang nach Abschluß aufzubewahren.

§ 4. Wer eine Tätigkeit der im § 1 Abs. 1, § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 bezeichneten Art in dem dafür genehmigten Raume einer anderen Person gestattet oder aufträgt, hat dies der zuständigen Polizeibehörde (§ 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1) unter Angabe des Raumes sowie der Wohnung, des Berufs, des Vor- und Zunamens dieser Person sofort anzuzeigen. Diese Bestimmung findet auf Leiter der im § 2 Abs. 3 bezeichneten öffentlichen Krankenhäuser, staatlichen, staatlich beaufsichtigten und kommunalen Anstalten keine Anwendung. Die sich für die andere Person aus den Bestimmungen in §§ 1 bis 3 ergebenden Pflichten bleiben unberührt.

Im Falle eines Wechsels des Raumes darf der neue Raum erst nach Einholung der gemäß § 1 Abs. 1, § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 erforderlichen Erlaubnis benutzt werden.

§ 5. Die im § 1 Abs. 1, § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 bezeichnete Tätigkeit sowie die nach § 4 gestattete oder aufgetragene Ausübung solcher Tätigkeit durch andere ist einzustellen, wenn die Erlaubnis der Landeszentralbehörde oder Polizeibehörde zurückgenommen oder wenn die Tätigkeit von der zuständigen Behörde untersagt wird. Die Zurücknahme der Erlaubnis oder die Untersagung soll erfolgen, wenn aus Handlungen oder Unterlassungen der betreffenden Person der Mangel derjenigen Eigenschaften erhellt, welche für jene Tätigkeit vorausgesetzt werden müssen. Dasselbe gilt, wenn die baulichen oder sonstigen Einrichtungen der genehmigten Räume den Anforderungen nicht mehr genügen.

§ 6. Wer eine der im § 1 Abs. 1, § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 bezeichneten Handlungen vornimmt, hat — auch wenn er von der Einholung der Erlaubnis oder von der Anzeigepflicht entbunden ist — die Erreger so aufzubewahren, daß sie Unberufenen unzugänglich sind; auch hat er sonst alle Vorkehrungen zu treffen, um eine Verschleppung der Krankheitserreger, insbesondere durch

Versuchstiere, zu verhüten. Kulturen, infizierte Versuchstiere und deren Organe sowie sonstiges die Krankheitserreger enthaltendes Material müssen, sobald sie entbehrlich geworden sind, derart beseitigt werden, daß jede Verschleppung der Krankheitskeime ausgeschlossen wird. Instrumente, Gefäße usw., die mit infektiösen Gegenständen in Berührung waren, sind sorgfältig zu desinfizieren.

Insbesondere müssen alle Personen, welche die Räume betreten, in denen mit den Erregern der Pest, des Rotzes oder der Maul- und Klauenseuche oder mit Material, das solche Erreger enthält oder zu enthalten verdächtig ist, gearbeitet wird, leicht desinfizierbare und waschbare Schutzüberkleider anlegen, die vor dem Verlassen der Räume wieder abzulegen sind; diese Schutzkleider sind vor der Ausgabe zur Wäsche in den Arbeitsräumen selbst zu desinfizieren. In den Räumen darf nur bei geschlossenen Türen und Fenstern gearbeitet werden; das Rauchen in den Räumen ist verboten. Sämtliche mit infektionstüchtigem Material in Berührung gekommene Gegenstände, ausgenommen das zur Aufbewahrung bestimmte Material, sind möglichst sofort zu desinfizieren oder zu vernichten. Bei den Arbeiten mit Versuchstieren ist namentlich sorgfältig darauf zu achten, daß ein Entweichen von Tieren oder eine Verstreuung von infektionstüchtigem Material nicht stattfindet. Tiere, welche in den Arbeitsräumen untergebracht waren, sind in diesen selbst zu vernichten; die Kadaver werden zweckmäßig entweder verbrannt oder in konzentrierter Schwefelsäure aufgelöst oder mittels Dampfes sterilisiert. Die Arbeitsräume sind außerhalb der Zeit ihrer Benutzung sicher verschlossen zu halten. Vor dem Verlassen der Räume hat sich der Leiter oder sein Vertreter zu vergewissern, daß die Versuchstiere und Kulturen sicher untergebracht sind und daß Infektionsmaterial nicht verstreut ist.

Untersuchungsmaterial und Kulturen der Erreger der im Abs. 2 genannten Krankheiten dürfen in den Räumen nur in besonderen, fest verschließbaren Schränken aufbewahrt werden.

Versuchsstallungen für größere Tiere, an welchen Versuche mit Rotz oder mit Maul- und Klauenseuche ausgeführt werden, müssen von anderen Stallungen getrennt sein. Für sie muß besonderes Stallpersonal vorhanden sein. Auch müssen dort Vorrichtungen getroffen werden, welche gestatten, den Mist, die Streu und die Kadaver der Tiere sofort an Ort und Stelle unschädlich zu beseitigen. Wer diese Stallungen betreten will, hat ein waschbares Ueberkleid sowie Gummischuhe anzulegen, die beim Verlassen des Stalles abzulegen sind. Diese Schutzkleider sind in allen Stallungen selbst zu desinfizieren. Zweckmäßig werden vor die Ausgänge der Räume und Ställe in Sublimat getränkte dicke Matten gelegt, auf denen alle, die diese Räume verlassen, ihre Schuhsohlen zu desinfizieren haben.

§ 7. Die zur Aufbewahrung von lebenden Erregern der Pest oder zum Arbeiten mit Pest-, Rotz- und Maul- und Klauenseuche-Material oder einer dieser Krankheiten verdächtigem Material bestimmten Räume dürfen nur in der Zeit zu anderen bakteriologischen Untersuchungen benutzt werden, während der dort nicht mit Pest, Rotz- oder Maul- und Klauenseuche-Material gearbeitet wird. Sie müssen bezüglich ihrer Beschaffenheit, Einrichtung und Ausstattung folgende Anforderungen erfüllen:

1. Die Räume sollen durch eine in Stein ausgeführte Wand (ohne Tür) getrennt von anderen Räumen liegen und für sich einen eigenen, sicher abschließbaren Eingang besitzen. Das Schloß der Eingangstür darf sich nur mittels des dazu gehörigen Schlüssels öffnen lassen, nicht durch sogenannte Hauptschlüssel. Grundsätzlich sollen wenigstens zwei Räume vorhanden sein, von denen der eine hauptsächlich für die Züchtung der Erreger und für mikroskopische Untersuchungen und dergleichen, der andere hauptsächlich für Unterbringung, Sektion und Vernichtung der kleinen Versuchstiere zu verwenden ist. Die Räume sollen unmittelbar nebeneinander liegen und durch eine abschließbare Zwischentür verbunden sein. Wenn nur ein einziger Raum zur Verfügung steht und ausnahmsweise für ausreichend erachtet wird, so empfiehlt es sich, diesen so herzurichten, daß eine sichere, gesonderte Unterbringung der Versuchstiere darin gewährleistet wird.

2. Die Räume sollen gut lüftbar und für Licht überall, namentlich auch in den Winkeln, leicht zugänglich sein, glatte, undurchlässige, leicht zu

reinigende und zu desinfizierende Fußböden und Wände haben; sie sollen keine Oeffnungen besitzen, durch welche kleinere Tiere oder Ratten schlüpfen können. Lüftungsöffnungen sind mit dichten Drahtnetzen zu überziehen. Die Fenster müssen dicht schließen; werden sie geöffnet, so sind Einsätze mit engmaschigem Drahtgitter einzufügen.

3. Die Räume sollen für sich allein mit allen denjenigen Einrichtungen und Instrumenten ausgestattet sein, welche für die Züchtung von Mikroorganismen und zur Anstellung von Tierversuchen erforderlich sind; namentlich dürfen nicht fehlen:

a) ein mit sicherem Schloß versehener Behälter zur Aufbewahrung lebender Kulturen und verdächtigen Materials (vgl. § 6 Abs. 3),
b) Einrichtung für sichere Unterbringung der Versuchstiere (am zweckmäßigsten hohe, in Wasserdampf sterilisierbare Glasgefäße mit Drahtumhüllung und fest anschließendem Drahtdeckel mit Watteabschluß), ferner Einrichtungen für die Oeffnung der Tiere, für die Vernichtung der Kadaver und sonstiger infizierter Gegenstände, wie Streumaterialien und Futterreste (z. B. Verbrennungsofen, Dampfsterilisator, Gefäße mit konzentrierter Schwefelsäure),
c) ein hinreichend großes Gefäß mit breiter Oeffnung für Kresolwasser, in welches Kadaver und Kadaverteile vor der Sektion zur Vernichtung des an ihnen haftenden Ungeziefers gelegt werden können,
d) Einrichtungen zur Desinfektion und Reinigung der Hände (Waschvorrichtung) und aller bei den Arbeiten gebrauchten Gegenstände (z. B. Autoklav oder Dampfsterilisator, Heißluftsterilisator).

4. Andere Gegenstände, als die zur Ausführung der Untersuchung erforderlichen, dürfen in den Räumen nicht untergebracht werden.

Die Verwendung von Dienern bei den Arbeiten mit den Erregern der Pest, des Rotzes oder der Maul- und Klauenseuche oder mit Material, das solche Erreger enthält oder zu enthalten verdächtig ist, ist nur dann gestattet, wenn sie über die aus einer Verschleppung dieser Krankheitserreger entstehenden Gefahren wohl unterrichtet und in der sachgemäßen Behandlung bakteriologischer Geräte, Kulturen und infizierter Tiere gut ausgebildet sind.

Alle dem Diener etwa übertragenen Arbeiten (wie Reinigung des Laboratoriums, Fütterung der Tiere, Desinfektion und Reinigung der Käfige, Unschädlichmachung und Vernichtung des Mistes, der Streu und der Kadaver) haben nach genauer Anweisung des Leiters zu geschehen.

Der Diener darf nur zur Ausführung von Anordnungen des Leiters oder seines Vertreters in den Arbeitsräumen sich aufhalten, sobald dort mit Pestmaterial gearbeitet wird.

Die Kulturen der Erreger der Pest, des Rotzes und der Maul- und Klauenseuche sowie das mit solchen behaftete oder verdächtige Material sollen unter sicherem Verschluß aufbewahrt werden und dürfen dem Diener nicht zugäaglich sein.

§ 8. Der Leiter der Arbeiten mit Krankheitserregern hat für die dauernde ordnungsmäßige Instandhaltung und für den gesamten Betrieb in den Arbeitsräumen, namentlich für die Durchführung der bei dem Aufbewahren von Kulturen, insbesondere solchen der Pesterreger, sowie bei Tierversucheen zu beobachtenden Maßregeln Sorge zu tragen. Er darf in Behinderungsfällen sowie für einzelne Arbeiten und Verrichtungen nur solche Persönlichkeiten mit seiner Vertretung betrauen oder zu seiner Hilfe heranziehen, welche nach Vorbildung und persönlichen Eigenschaften (Zuverlässigkeit usw.) imstande sind, die volle Verantwortlichkeit zu übernehmen (siehe auch § 4 Abs. 1). Ist aus besonderen Gründen anderen Personen der Zutritt zu den Räumen zu gestatten, so hat der Leiter die zur Sicherung gegen Ansteckungsgefahr erforderlichen Maßregeln zu treffen.

Es ist darauf hinzuwirken, daß die in Pestlaboratorium zu beschäftigenden Personen (Leiter, Vertreter, Diener) sich aktiv gegen Pest immunisieren lassen.

B. Vorschriften über die Versendung von Krankheitserregern.

§ 9, Die Versendung von lebenden Kulturen der Erreger der Cholera, der Pest oder des Rotzes oder von Material, das die Erreger

der Maul- und Klauenseuche oder der Schweinepest enthält oder zu enthalten verdächtig ist — dieses nur insofern, als es nach seiner Beschaffenheit für eine solche Versendungsart in Betrach kommen kann (z. B. Bläscheninhalt, Serum) —, hat in zugeschmolzenen Glasröhren zu erfolgen, die, umgeben von einer weichen Hülle (Filtrierpapier und Watte oder Holzwolle), in einem durch übergreifenden Deckel gut verschlossenen Blechgefäße stehen; das letztere ist seinerseits noch in einer Kiste mit Holzwolle oder Watte zu verpacken; es empfiehlt sich, nur frisch angelegte, noch nicht im Brutschrank gehaltene Aussaaten auf festem Nährboden zu versenden.

Die Sendungen müssen mit starkem Bindfaden umschnürt, versiegelt und mit der deutlich geschriebenen Ardresse sowi mit dem Vermerke „Vorsicht" versehen werden. Zur Beförderung durch die Post sind die Sendungen als „dringendes Paket" aufzugeben; sie sind den Empfängern telegraphisch anzukündigen. Bei Sendungen an Anstalten ist nicht deren Leiter, sondern die Anstalt als Empfänger zu bezeichnen. Dasselbe gilt hinsichtlich der telegraphischen Ankündigung.

Der Empfänger hat dem Absender den Eingang der Sendung sofort mitzuteilen.

§ 10. Die Versendung von lebenden Kulturen anderer als der im § 9 bezeichneten Erreger von Krankheiten, welche auf den Menschen übertragbar sind, oder von Tierkrankheiten, deren Anzeigepflicht, sei es auch nur für einen Teil des Reichsgebiets, eingeführt ist, hat in wasserdicht verschlossenen Glasröhren zu erfolgen. Diese Röhren sind entweder in angepaßten Hülsen oder, mit einer weichen Hülle (Holzwolle, Watte oder dergleichen) umgeben, derart in festen Kasten zu verpacken, daß sie unbeweglich liegen und nicht aneinanderstoßen. Die Sendungen müssen fest verschlossen und mit deutlicher Adresse sowie mit dem Vermerke „Vorsicht" versehen werden. Bei Sendungen an Anstalten ist nicht deren Leiter, sondern die Anstalt als Empfänger zu bezeichnen.

Der Empfänger hat dem Absender den Eingang der Sendung sofort mitzuteilen.

§ 11. Sonstiges Material, welches lebende Erreger von Krankheiten, die auf den Menschen übertragbar sind, oder lebende Erreger von Tierkrankheiten, deren Anzeigepflicht, sei es auch nur für einen Teil des Reichsgebiets, eingeführt ist, enthält oder zu enthalten verdächtig erscheint, ist vor der Versendung unter Beobachtung der nachstehenden Vorschriften so zu verpacken, daß eine Verschleppung von Krankheitskeimen ausgeschlossen ist.

§ 12. Größere Körperteile und kleinere Tierkadaver sind zunächst in ein mit einem geeigneten Desinfektionsmittel, am besten mit Sublimatlösung durchtränktes und dann gründlich ausgerungenes Tuch einzuhüllen. Sie sind alsdann mit einem undurchlässigen Stoffe (Pergamentpapier oder dergleichen) zu umwickeln und fest zu verschnüren; saftreiche Gegenstände sind außerdem in Tücher einzuschlagen oder in Säcke zu verpacken. Die Gegenstände sind sodann in starke, undurchlässige, sicher verschlossene Behälter (Fässer, Kübel, Kisten) zu bringen und in Sägemehl, Kleie, Torfmull, Lohe, Häcksel, Heu, Holzwolle oder ähnlichen, Feuchtigkeit aufsaugenden Stoffen fest und so einzubetten, daß sie sich nicht verschieben können und ein Durchsickern von Flüssigkeit verhindert wird.

Für Köpfe tollwutverdächtiger Tiere ist als Desinfektionsmittel, mit dem die Tücher getränkt werden, ausschließlich Sublimatlösung zu verwenden. Die Versendung solcher Köpfe hat mit der Post als „dringendes Paket" zu geschehen.

Material, das Rotzerreger enthält oder zu enthalten verdächtig ist, muß zunächst unter Beachtung der im Abs. 1 gegebenen Vorschriften in einen dichten, sicher verschlossenen Behälter verpackt werden; dieser ist in eine starke, dichte Kiste zu bringen. Der Raum zwischen dem Behälter und der Kiste ist mit aufsaugenden Stoffen (Abs. 1) fest auszufüllen.

Werden menschliche oder tierische Körperteile mit der Eisenbahn versandt, so muß der Absender im Frachtbrief bescheinigen, daß Zweck und Verpackung der Sendung denjenigen Vorschriften, welche in der Anlage C. der Eisenbahn-Verkehrsordnung für „fäulnisfähige Stoffe" der in Rede

stehenden Art ergangen sind, entsprechen. Die Beförderung solcher Gegenstände als Eilgut oder als beschleunigtes Eilgut ist nach den Eisenbahntarifen ausgeschlossen.

§ 13. Zur Aufnahme kleinerer Gegenstände, welche lebende Erreger der Cholera, der Pest, des Rotzes, der Maul- und Klauenseuche oder der Schweinepest enthalten oder zu enthalten verdächtig sind, eignen sich am besten starkwandige Pulvergläser mit eingeschliffenem Glasstöpsel und weitem Halse, oder, falls sich diese nicht beschaffen lassen, Gläser mit glattem zylindrischen Halse, die mit gut passenden, frisch ausgekochten Korken zu verschließen sind. Die Gläser müssen vor dem Gebrauch in reinem Wasser frisch ausgekocht und dann durch kräftiges Ausschwenken möglichst vom Wasser befreit sein; sie dürfen aber nicht mit einer Desinfektionsflüssigkeit ausgespült werden. Auch darf zu dem Untersuchungsmaterial Flüssigkeit irgendwelcher Art nicht hinzugesetzt werden. Die Gläser sind durch Ueberbinden der Oeffnung oder des Stöpsels mit Schweinsblase oder Pergamentpapier zu verschließen. An jedem Glase ist ein Zettel fest aufzukleben oder sicher anzubinden, der genaue Angaben über den Inhalt enthält. Deckgläschen werden in signierte Stückchen Fließpapier eingeschlagen und mit Watte fest in einem besonderen Schächtelchen verpackt.

Bei Cholera und Pest darf in eine Sendung in der Regel nur Untersuchungsmaterial von einem Kranken oder einer Leiche gepackt werden. Handelt es sich jedoch um gleichzeitige Uebersendung zahlreicher Proben, insbesondere zu Massenuntersuchungen der Umgebung von Cholerakranken, so werden zweckmäßig nur 1 bis 2 ccm der Ausleerungen entnommen, in die üblichen kleinen Glaßgefäße gebracht und, wie unten angegeben, verpackt. Dabei ist durch eine entsprechende Kennzeichnung jedes einzelnen Gegenstandes dafür Sorge zu tragen, daß seine Herkunft leicht erkennbar ist (vergl. § 15).

Die Gefäße und Schächtelchen sind in einem widerstandsfähigen Behälter, am besten einer festen Kiste, unter Verwendung von Watte, Sägemehl, Holzwolle oder dergleichen (vergl. § 12 Abs. 1) so zu verpacken, daß sie unbeweglich liegen und nicht aneinanderstoßen. Zigarrenkisten, Pappschachteln und dergleichen dürfen nicht verwendet werden. Die Sendungen müssen mit starkem Bindfaden umschnürt und versiegelt sein.

Enthalten kleinere Gegenstände andere lebende Seuchenerreger oder erscheinen sie verdächtig, solche zu enthalten, so können sie in dicht schließenden Gefäßen aus Metall, Steingut oder Glas untergebracht werden. Metallgefäße sind durch einen übergreifenden Deckel, der am Rande mit einem Streifen Heftpflaster verklebt wird, Steingut- und Glasgefäße in der im Abs. 1 angegebenen Weise zu verschließen und zu verpacken.

Falls kleinereGegenstände mit der Eisenbahn versandt werden, so finden die Bestimmungen des §2 Abs. 4 Anwendung.

§ 14. Cholera-, Pest-, Rotz- oder Maul- und Klauenseuche- oder Schweinepestmaterial darf nicht mit der Briefpost versandt werden. Dagegen darf in dieser Weise Material, welches lebende Erreger von anderen Krankheiten, die auf den Menschen übertragbar sind, oder von anderen Tierkrankheiten, deren Anzeigepflicht, sei es auch nur für einen Teil des Reichsgebiets, eingeführt ist, enthält oder verdächtig ist, solche Erreger zu enthalten, verschickt werden; dabei ist folgendermaßen zu verfahren:

Trockene Gegenstände, insbesondere mit Untersuchungsmaterial beschickte Deckgläschen, Objektträger, Fließpapier, Gipsstäbchen, Seidenfäden, Räudeborken usw., sind in mehreren Lagen Fließpapier einzuschlagen, alsdann in Pergamentpapier oder einem anderen undurchlässigen Stoff einzuwickeln und, umhüllt mit Watte, in festen Kästchen aus Holz, Blech oder dergleichen mit gut shcließendem Deckel zu legen.

Feuchtes oder flüssiges Material (Auswurf, Erbrochenes, Stuhl, Harn, Eiter oder sonstiges Wundsekret, Punktionsflüssigkeit, Blut, Serum, Abstriche von der Rachenschleimhaut, abgeschnittene oder abgeschabte Gewebsteile usw.) ist in ein Gefäß aus hinreichend starkem Glase mit Korkstöpselverschluß zu bringen. Dieses Gefäß ist in einen Blechbehälter zu verpacken. Um aber das Glasgefäß vor Zertrümmerung zu schützen und etwa

aus dem Glasgefäß austretende Flüssigkeit aufzusaugen, ist sowohl auf den Boden, als auch in den Deckel des Blechbehälters eine Scheibe Asbestpappe oder eine hinreichend starke Schicht von Fließpapier, Watte oder dergleichen zu legen. Der Blechbehälter wird sodann in einen ausgehöhlten, durch einen Deckel verschließbaren Holzblock gebracht. Bei Versendung von Schutzpockenlymphe genügt es, wenn das Glasgefäß unmittelbar in den Holzblock oder in Kästchen von Holz, Blech oder dergleichen gelegt wird; jedoch ist dann die Aushöhlung des Blockes oder das Kästchen besonders sorgfältig mit einem weichen, aufsaugenden Stoffe auszupolstern. Die Kästchen oder Holzblöcke sind mit einem roten Zettel zu bekleben, der die Aufschrift „Vorsicht! Infektiöses Material!" enthält.

Die Holzblöcke oder Kästchen sind in den Briefumschlägen derartig unterzubringen, daß sie bei deren Abstempelung nicht beschädigt werden. Am besten geeignet sind an der Innenseite mit Stoffbezug versehene Briefumschläge aus festem Papier, die nur an der einen Schmalseite offen und etwa doppelt so lang wie die Behälter sind; sie werden nicht durch Zukleben, sondern zweckmäßig durch eine kleine Metallklammer geschlossen. Die zum Abstempeln bestimmte Stelle wird am besten durch einen vorgezeichneten Kreis oder den Vermerk „Hier stempeln" gekennzeichnet.

Die Briefsendungen sollen nicht in den Briefkasten geworfen, sondern an den Postschaltern oder auf dem Lande dem Briefträger übergeben werden.

§ 15. Jeder Sendung ist ein Begleitschein so beizulegen, daß er gegen Durchfeuchtung und Beschmutzung geschützt ist und bei der Oeffnung des Behälters leicht in die Augen fällt. Dieser Schein hat genaue Angaben über der Inhalt unter Bezeichnung der Personen (Name, Geschlecht, Alter, Wohnort) oder der Tiere, von denen er stammt, zu enthalten. Außerdem sind bei Material von kranken Menschen oder Tieren anzugeben die mutmaßliche Art der Erkrankung, der Tag des Beginns der Erkrankung, der Tag des Todes, der Zeitpunkt der Entnahme des Materials, der Name und der Wohnort des Arztes oder Tierarztes, der die Einsendung veranlaßt hat, der Zweck der Einsendung.

Bei Untersuchungsmaterial ist auf dem Scheine auch die Stelle anzugeben, welcher das Ergebnis der Untersuchung mitgeteilt werden soll.

Enthält die Sendung Material von verschiedenen Menschen oder Tieren, so ist durch eine entsprechende Kennzeichnung jedes einzelnen Gegenstandes Sorge zu tragen, daß seine Herkunft leicht erkennbar ist.

§ 16. Auf den Sendungen ist außer der deutlichen Adresse der Name und die Wohnung des Absenders anzugeben und der Vermerk „Vorsicht!" „Menschliche (Tierische) Untersuchungsstoffe!" anzubringen.

Bei Sendungen an Anstalten ist nicht deren Leiter, sondern die Anstalt als Empfänger zu bezeichnen. Dasselbe gilt hinsichtlich der telegraphischen Ankündigung (§ 17).

§ 17. Postsendungen mit Material von Cholera, Pest oder Rotz oder mit Material, das lebende Erreger einer dieser Krankheiten zu enthalten verdächtig ist, sind als „dringendes Paket" aufzugeben und den Empfängern rechtzeitig telegraphisch anzukündigen. Diese telegraphische Anzeige hat auch dann zu erfolgen, wenn der Versand von Rotzmaterial mit der Eisenbahn erfolgt.

B. Königreich Preußen.

Ausstellung von Befundscheinen seitens der Kreisärzte über die Notwendigkeit der Beschaffung von orthopädischem Schuhwerk. Erlaß des Ministers des Innern vom 16. Dezember 1917 — Va 4460 — An sämtliche Herrn Regierungspräsidenten.

Nach Mitteilung des Herrn Reichskanzlers (Reichswirtschaftsamt) haben in der letzten Zeit die Anforderungen bei der Kontrollstelle für freigegebenes Leder an Leder für die Herstellung von orthopädischem Schuhwerk einen derartigen Umfang angenommen, daß ihre Befriedigung mit Rücksicht auf die allgemeine Lederknappheit kaum zu ermöglichen sein wird.

Unter Bezugnahme auf meinen Runderlaß vom 8. August d. Js. — Va 2848 II — ersuche ich ergebenst, die Kreisärzte anzuweisen, daß sie Be-

scheinigungen, die zur Entnahme von Leder berechtigen, nur dann ausstellen, wenn das Fußleiden die Anfertigung von orthopädischem Schuhwerk unbedingt erfordert. Das wird insbesondere dann der Fall sein, wenn es sich um auf besonderen Leisten angefertigte Stiefel oder Schuhe handelt, die entweder zum Ausgleich von Beinverkürzungen dienen, mit Schienen oder Hülsenapparaten usw. verbunden sind, oder für die infolge von Fußverkrüppelungen eine von der gewöhnlichen abweichende Herstellungsart notwendig ist.

Bekämpfung der Malaria (des Wechselfiebers) im Regierungsbezirk Aurich. Verordnung des Königlichen Staatsministeriums vom 3. Dezember 1917 und Erlaß des Ministers des Innern vom 17. Dezember 1917 — M. 13910 — an den Herrn Regierungspräsidenten in Aurich.

Zur erfolgreichen Bekämpfung der im Reg.-Bez. Aurich epidemisch verbreiteten Malaria (des Wechselfiebers) werden durch diese Verordnung die in den §§ 1 bis 4 und 6 Abs. 1 des Landesseuchengesetzes vom 28. August 1905 enthaltenen Bestimmungen sowie mit Bezug auf den § 8 a. a. O. die Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln der §§ 12, 13 und 14 des Reichsseuchengesetzes vom 30. Juni 1900 für den Regierungsbezirk Aurich auf die Malaria (das Wechselfieber) bis auf weiteres ausgedehnt.

C. Königreich Sachsen.

Verschwendung in der Bekleidung Verstorbener. Erlaß des Königlich Sächsischen Ministeriums des Innern vom 30. November 1917.

Es ist vielfach beobachtet worden, daß Verstorbene nicht nur mit entsprechender Oberkleidung, sondern auch tadelloser wollener Unterkleidung, Strümpfen und Schuhwerk versehen, zur Erd- oder Feuerbestattung gelangen. In Ansehung der gegenwärtig herrschenden Knappheit an Bekleidung, insbesondere an wollenen, baumwollenen und Lederwaren, bei der es auf die Erhaltung jedes einzelnen brauchbaren Kleidungsstückes ankommt, erscheint diese Sitte als eine unangebrachte Verschwendung, der so viel als möglich gesteuert werden muß.

Zwar wird in Berücksichtigung der Gefühle der Hinterbliebenen nicht mit einem allgemeinen Verbot der gebräuchlichen Leichenbekleidungsstücke vorgegangen werden können. Wohl aber muß allen im Leichendienst beschäftigten Personen und Behörden die Vermeidung der oben gerügten Verschwendung durch entsprechende Belehrung der Bevölkerung und Beratung über den Ersatz zur Pflicht gemacht werden.

In erster Linie werden die Leichenfrauen in der Lage sein, zur entsprechenden Sparsamkeit und auf einen Ersatz der noch brauchbaren Oberkleidung durch besondere Bestattungsbekleidung, z. B aus Papier, mindestens aber auf ein Weglassen der Unterkleidung hinzuwirken.

Eine bestimmte Vorschrift kann für alle diejenigen Fälle erlassen werden, in welchen die Bestattung auf öffentliche Kosten oder wenigstens die Bekleidung der Leiche aus fremden Mitteln und Beständen erfolgt. Hier ist darauf zu dringen, daß die Bekleidung der Leiche mit einem Totenhemd und einer Decke genügt. In der Regel wird sich beides nur aus Papier gefertigt beschaffen lassen.

Bei der Durchführung solcher Maßnahmen ist die Verhütung der Ausbreitung ansteckender Krankheiten im Auge zu behalten und in solchen Fällen die beim Eintritt des Todes getragene Leibwäsche besser mit zu verbrennen oder mit zu beerdigen.

Die am Leichendienst beteiligten Amtsstellen und Personen sind mit entsprechender Anweisung zu versehen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 3. 5. Februar. 1918.

Rechtsprechung.

Fahrlässigkeit eines Arztes. Urteil des Reichsgerichts vom 8. Januar 1918.

Der Arzt Dr. Z. in D. wurde am 17. August 1917 vom dortigen Landgericht wegen fahrlässiger Tötung zu 1 Monat Gefängnis verurteilt. Dr. Z. wurde am Abend des 18. März 1917 als Geburtshelfer zu einer Frau H. gerufen. Die schwere Geburt verursachte heftige Blutungen, die sich bald legten; 6 Tage darauf schickte die Wöchnerin wieder nach dem Arzt wegen erneuter starker Blutungen. Dr. Z. lehnte einen Besuch jedoch mit den Worten ab: „Ich kann nicht helfen, die Kranke ist zu einem operativen Eingriff zu schwach." Auf erneutes Bitten um einen Besuch verordnete er Mutterkornextrakt, der auch die Blutung für kurze Zeit stillte. Am nächsten Tag, als die Blutungen wieder eintraten, wurde die Kranke in die Hebammenlehranstalt Danzig-Langfuhr gebracht, wo sie kurz nach ihrer Einbringung an übergroßem Blutverlust starb. Wie die Strafkammer feststellte, war der Tod durch die Fahrlässigkeit des Dr. Z. verursacht, der sich weder durch Uebermüdung noch durch Ueberarbeitung von seiner Pflicht zum Erscheinen und Helfen entbunden fühlen durfte, da er durch seine lange Praxis sehr gut in die Gefahr, in der die Wöchnerin schwebte, erkennen mußte und auch erkannt hat. Die von Dr. Z. eingelegte Revison wurde heute vom Reichsgericht als unbegründet verworfen.

(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung zulässig.)

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preußen.

Erstattung der Berichte über das Gesundheitswesen. Erlaß des Ministers des Innern vom 31. Dezember 1917 — M 3642 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die von mir bereits in den Erlassen vom 29. Dezember 1914 — M 3187 —, vom 31. Dezember 1915 — M 2723 — und vom 2. Januar 1917 — M 1 — anerkannten, der Erstattung ordnungsmäßiger Jahresgesundheitsberichte während des Krieges entgegenstehenden Schwierigkeiten sowie die herrschende Papierknappheit haben im Laufe des Jahres 1917 noch weiter zugenommen. Ich ziehe deshalb die in meinem Erlaß vom 2. Januar 1917 enthalte Anordnung der Erstattung eines Gesundheitsberichtes über den Zeitabschnitt 1916 bis 1917 hiermit zurück.

Da das mir auf den Erlaß vom 31. Dezember 1915 eingereichte Berichtsmaterial in vielfacher Hinsicht unvollkommen, lückenhaft und für einen zusammenfassenden Jahresbericht über das Gesundheitswesen des Preußischen Staates in den Jahren 1914 bis 1615 wenig geeignet ist, habe ich unter Abstandnahme von der Herausgabe eines Berichts über diesen Zeitabschnitt folgendes in Aussicht genommen:

1. Auf Grund des hier vorliegenden Materials wird hinsichtlich des Jahres 1914 in der Medizinalabteilung meines Ministeriums lediglich ein Bericht über die Friedenszeit jenes Jahres, d. h. über den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Juli 1914 bearbeitet und baldtunlichst der Oeffentlichkeit übergeben.
2. Nach Beendigung des Krieges wird über die gesamte Kriegszeit ein Gesundheitsbericht zusammengestellt und veröffentlicht.
3. Schließlich wird für das Jahr, in dem der Friede geschlossen sein wird,

noch ein besonderer Gesundheitsbericht, und zwar für die Zeit vom Friedenschluß bis zum Ende des betreffenden Jahres herausgegeben.

Um namentlich für den unter Ziffer 2 in Aussicht genommenen Bericht über das Gesundheitswesen während des Krieges alle erforderlichen Angaben rechtzeitig und möglichst lückenlos zu erhalten, ersuche ich, die Regierungs- und Medizinalräte sowie die Kreisärzte anzuweisen, das gesamte in Betracht kommende Material schon jetzt fortlaufend zu sammeln und zu sichten und hinsichtlich der bereits für die Jahre 1914 und 1915 erstatteten, vielfach unvollkommenen Berichte entsprechend zu ergänzen.

Abstandnahme von der Einreichung der Nachweisung über die vorhandenen Heilanstalten. Erlaß des Ministers des Innern vom 20. Dezember 1917 — M 7207 — an die Herren Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten.

Im Anschluß an den Erlaß vom 8. November d. Js. — M 8114 — erkläre ich mich ergebenst damit einverstanden, daß von der Einreichung der durch Erlaß vom 2. November 1916 — M 7200 — zum 15. März 1918 geforderten Nachweisung über die vorhandenen Heilanstalten bis auf weiteres während des Krieges abgesehen wird. Die Festsetzung eines neuen Termines für die Vorlage der Nachweisung bleibt vorbehalten.

Regelung der Krankenversorgung. Erlaß des preußischen Staatskommissars für Volksernährung vom 9. November 1917 — VI a 4815 — an sämtliche Herren Oberpräsidenten, Regierungspräsidenten und die Staatliche Verteilungsstelle für Groß-Berlin.

Ueber die Regelung der Krankenversorgung ordne ich in Ergänzung meiner Erlasse vom 2. März 1917 — VI a 851 —, vom 18. Juni 1917 — VI a 2871 — und vom 28. August 1917 — VI a 3883 II —[1]) folgendes an:

I. Krankenanstalten im allgemeinen.

1. Versorgung der Krankenhäuser usw.

Krankenhäuser, Heilanstalten, Genesungsheime und ähnliche ausschließlich der Krankenversorgung dienende Anstalten sind hinsichtlich der Lebensmittelversorgung ihrer Insassen als ein Haushalt zu betrachten. Den Anstaltsleitungen sind von den Kommunalverbänden Lebensmittelkarten in solcher Anzahl oder Bezugsscheine über solche Warenmengen auszuhändigen, daß auf jeden Insassen die vorgeschriebenen Kopfmengen entfallen.

Nach Maßgabe der Zahl der in den Anstalten verpflegten Kranken erhöht sich die Zahl der versorgungsberechtigten Bevölkerung des Kommunalverbandes.

Die der Anstaltsleitung übergebenen Lebensmittelkarten haben in ihrem Gewahrsam zu verbleiben. Sie entscheidet über die Nahrungsmittelzuteilung an die einzelnen Kranken. Lebensmittelkarten dürfen nicht an die Kranken ausgehändigt werden.

2. Aufnahme des Kranken.

Bei der Aufnahme sind dem Kranken sämtliche in seinem Besitz befindlichen Nahrungsmittelkarten und -marken abzunehmen.

Bringt ein auswärtiger Kranker einen Lebensmittelabmeldeschein mit, so hat er diesen abzugeben. Auf dem Abmeldeschein ist der Tag der Aufnahme von der Anstaltsleitung zu vermerken.

Die Anstaltsleitung hat über alle Neuaufnahmen dem Kommunalverband des Anstaltssitzes in regelmäßigen, von diesen zu bestimmenden kurzen Zeitabschnitten schriftlich Anzeige zu erstatten (unter Angabe des Namens, des Alters, der Wohnung und des Wohnortes des Aufgenommenen sowie des Tages der Aufnahme und der Zahl und Art der abgelieferten Lebensmittelkarten).

Liegt ein Abmeldeschein des auswärtigen Kranken nicht vor, so ist dies in der Anzeige besonders zu vermerken.

---

[1]) Siehe Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung; Jahrg. 1917; Nr. 9, S. 53.

Die Lebensmittelkarten und -marken sowie der Abmeldeschein sind an den Kommunalverband des Anstaltssitzes bei der Aufnahmemeldung abzuliefern.

Verläßt der Kranke bereits vor Erstattung der Anzeige an den Kommunalverband die Anstalt, so hat die Anstaltsleitung ihm seine Lebensmittelkarten wieder auszuhändigen unter entsprechendem Vermerk in der Anzeige.

3. Vermeidung der Doppelversorgung.

Der Kommunalverband hat bei einheimischen versorgungsberechtigten Kranken dafür zu sorgen, daß während des Aufenthaltes des Kranken in der Anstalt der Haushalt, dem der Kranke bisher angehörte, im Bezuge der Lebensmittelkarten entsprechend gekürzt wird. Von der Aufnahme auswärts versorgungsberechtigter Kranker — also aller Kranken, die in ihrem bisherigen Wohnorte sich nicht dauernd oder für mehr als drei Monate abgemeldet haben — hat er dem Kommunalverband des Versorgungsortes umgehend schriftliche Mitteilung zu machen. Dieser hat durch Anlegung namentlicher Verzeichnisse oder durch Eintragung in vorhandene allgemeine Verzeichnisse sicherzustellen, daß für den in der Anstalt befindlichen Kranken Reisebrotmarken usw. nicht ausgegeben und daß die Lebensmittelkarten seines Haushaltes entsprechend gekürzt werden.

Bei Selbstversorgern, die in der Anstalt nicht von eigenen Vorräten leben, ist in entsprechender Weise zu veranlassen, daß die Lieferschuldigkeit ihrer Wirtschaft erhöht oder ihr Selbstversorgungszeitraum verlängert wird.

4. Entlassung des Kranken.

Bei der Entlassung aus der Anstalt hat der Kommunalverband dem auswärts Versorgungsberechtigten einen vorschriftsmäßigen Abmeldeschein zu erteilen und, falls er Lebensmittelkarten über den Zeitraum des Ausweises hinaus in der Anstalt abgeliefert hatte, die entsprechende Zahl solcher Karten, Reisebrotmarken usw. wieder auszuhändigen. Bei einheimischen Kranken bewendet es bei der neuen Kartenausgabe auf Grund der Entlassungsbescheinigung der Anstalt.

Auswärtigen Kranken abgenommene Abmeldebescheinigungen über „vorübergehende" Abmeldung sind von dem Kommunalverband des Anstaltssitzes getrennt von den Anmeldescheinen der übrigen Fremden (vergl. Runderlaß des Präsidenten des Kriegsernährungsamts vom 9. Mai 1917 — A II 5506 — III 2, Abs. 4 und meine Ausführungsanweisung vom 17. Mai — VI a 2662 II — Nr. III Abs. 5) zu sammeln und aufzubewahren, da sie nur als Unterlage für die Fortschreibung der Versorgungsziffer im Kommunalverbande des Anstaltssitzes selbst dienen (vgl. III B des Erlasses des Präsidenten des Kriegsernährungsamts vom 4. Mai 1917 — A II 3928 II —).

II. Genesungsheime im besonderen.

Die von den Trägern der sozialen Versicherung sowie von den Gemeinden oder Gemeindeverbänden betriebenen Genesungsheime werden hinsichtlich der Normalration den Lungenheilanstalten (öffentlichen und privaten) gleichgestellt.

III. Versorgung der Tuberkulösen.

1. Ration.

Die Sterblichkeit der Tuberkulösen hat in den letzten Monaten die Sterblichkeitsziffer von 1913 um 50 v. H. überschritten. Es besteht kein Zweifel, daß Unterernährung dabei stark ins Gewicht fällt. Sie scheint namentlich bei den Hauskranken vorzuliegen, deren Versorgung auf Grund des Erlasses vom 2. März 1917 — VI a 851 — offenbar größeren Schwierigkeiten begegnet als die der Anstaltskranken. Ich ordne deshalb an, daß die für die Insassen der Lungenheilanstalten geltende Normalration (vgl. II, 3 der Grundsätze für die Abgabe von Lebensmitteln an Krankenhäuser, Heilanstalten und an in eigener Beköstigung lebende Kranke vom 2. März 1917) auch auf die tuberkulösen Hauskranken anzuwenden ist. Daneben ist anzustreben, daß an alle Tuberkulösen eine Kartoffelration von 10 Pfund je Kopf und Woche abgegeben wird. Die Wochenkopfmenge von 500 g Fleisch ist bereits durch den Voranschlag der Reichsfleischstelle sichergestellt. Die jetzige Normalration für Tuberkulöse überhaupt beträgt hiernach:

Brot: 2 kg wöchentlich, Fleisch: 500 g wöchentlich, Milch: 1 l je Kopf und Tag, Butter: mindestens 250 g wöchentlich, Käse: 400 g monatlich, Eier: 4 Eier wöchentlich, Nährmittel (Graupen, Grütze, Haferfabrikate usw.), Hülsenfrüchte (Erbsen, Bohnen, Linsen) und Teigwaren nach Maßgabe der jeweils zur Verfügung stehenden Bestände je Kopf und Monat insgesamt 2000 g, Brotaufstrich (Marmelade, Kunsthonig, Rübensaft) je Kopf und Monat insgesamt 1000 g, Kartoffeln 10 Pfund wöchentlich, wobei ich ausdrücklich bemerke, daß diese Mengen Mindestsätze bedeuten.

Das Wesentliche der Normalration ist nicht ihre genaue Zusammenstellung nach vorstehendem Muster, sondern ihr Nährwert. Wenn einzelne der angegebenen Lebensmittel daher nicht geliefert werden können, so ist nach Möglichkeit durch andere Nahrungsmittel Ersatz zu leisten. Als Hilfsmittel für den Ersatz wird den Kommunalverbänden die von dem Stadtarzt Dr. Dienemann, Dresden, in Nr. 48 der „Beiträge zur kommunalen Kriegswirtschaft" veröffentlichte Kalorientabelle empfohlen.

Die Herren Regierungspräsidenten und die Staatliche Verteilungsstelle für Groß-Berlin ersuche ich, unverzüglich durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, daß die vorstehenden Sätze nunmehr in allen Kommunalverbänden wenigstens bei Brot, Fleisch, Kartoffeln, Fett, Nährmitteln und Aufstrich auch tatsächlich erreicht werden. Die weitestgehende Berücksichtigung verdienen dabei die werdenden und stillenden tuberkulösen Mütter.

Mit Hilfe von Ersatzzulagen und nötigenfalls durch Ausgleich innerhalb der Bezirke (Provinzen) muß es möglich sein, die im Verhältnis zur gesunden Bevölkerung geringe Zahl der Tuberkulosekranken ausreichend zu ernähren. Zuschüsse von zentraler Stelle können jedenfalls nur ganz ausnahmsweise und nach eingehender Begründung von Fall zu Fall zugunsten solcher Kommunalverbände beantragt werden, die sich durch außergewöhnlich starke Verseuchung mit Tuberkulose oder durch Ansiedlung zahlreicher Heilstätten in besonders schwieriger Lage befinden.

2. Verfahren.

Das im Erlaß vom 2. März 1917 vorgeschriebene Verfahren für die Sonderbewilligung der Nahrungsmittelzulagen bleibt bestehen (vgl. Grundsätze III, 2). Ueber Zulagen jeder Art auch bei tuberkulösen Hauskranken hat mithin die ärztliche Prüfungsstelle (der Kommunalverband) auf Grund ärztlichen Attestes in jedem Einzelfalle zu entscheiden. Auch die Bestimmung über den Zulagenersatz wird zweckmäßig der Prüfungsstelle zu überlassen sein. In größeren Verhältnissen kann eine Einteilung der Kranken nach der Art und Ausprägung ihres Leidens in Gruppen, für deren jede ein bestimmter Kalorienbedarf festgelegt wird, die Tätigkeit des Arztes und der Prüfungsstelle bei der Zulagenbemessung erleichtern.

Für die etwa nötige Abänderung der Attestvordrucke ersuche ich die Herren Regierungspräsidenten und die Staatliche Verteilungsstelle Sorge zu tragen.

Die Einhaltung der neuen Bestimmungen ersuche ich dauernd zu überwachen und zur Kenntnis gelangende Mängel unverzüglich abzustellen.

B. Königreich Sachsen.

Unzulässigkeit der Heranziehung des in der Küche beschäftigten Krankenhauspersonals zur Pflege von Personen, die an übertragbaren Krankheiten leiden. Erlaß des Königl. Staatsministeriums des Innern vom 20. Dezember 1917.[1])

[1]) Stimmt in Wortlaut mit dem für Preußen unter dem 12. November 1917 ergangenen Ministerialerlaß (s. Beilage Resprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 23 dieser Zeitschrift, Jahrgang 1917, S. 144) überein.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 4. 20. Februar. 1918.

Rechtsprechung.

Pflichtvergessene Krankenschwestern. Urteil des Reichsgerichts vom 11. Januar 1918.

Der Arzt Dr. B. in L. kündigte für den 1. Juli 1916 der in seiner Frauenklinik angestellten Oberin K. und der Hilfsschwester H. K. Am 4. Juni 1916 faßte die gekränkte Oberin den Entschluß, die Klinik in der Nacht zu verlassen. Sie überredete dazu auch die K. Beide entfernten sich tatsächlich heimlich ohne Wissen des Arztes oder irgendeiner anderen Person der Klinik aus dem Hause, trotzdem sich mehrere Schwerkranke, der fortwährenden Pflege bedürftige Personen in der Klinik befanden. Diese Pflichtverletzung führte am 9. Juli 1917 vor dem Landgericht zu L. zur Verurteilung der beiden Schwestern wegen Vergehens gegen § 221 St.G.B. zu je 3 Monaten Gefängnis. Die Behauptung der Oberin K., daß sie die Klingel umgestellt habe und es so der neuen Hilfsschwester Sch. möglich gewesen wäre, etwaige Wünsche der Patienten zu erfüllen, erwies sich als unwahr. Ebenso wurde der Einwand der Schwester K., daß sie nur als Operationsschwester angestellt sei, als bedeutungslos abgewiesen, da es trotzdem ihre Verpflichtung war, auch alle anderen ihrem Berufe eigenartigen Hilfeleistungen zu geben, besonders in diesem Falle, wo ihr durch den Entschluß der Oberin die gefährliche Lage der Kranken bekannt war. Die von der Schwester K. eingelegte Revision wurde vom Reichsgericht als unbegründet verworfen.

(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung zulässig.)

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Anrechnung des Jahres 1918 als Kriegsjahr. Erlaß des Reichskanzlers vom 21. Januar 1918.

Auf Ihren Bericht vom 19. Januar 1918 bestimme Ich:

Meine Order vom 7. September 1915 über die Anrechnung von Kriegsjahren aus Anlaß des gegenwärtigen Krieges gilt auch für das Kalenderjahr 1918. Denjenigen Kriegsteilnehmern, denen auf Grund der genannten Order oder der Orders vom 24. Januar 1916 und vom 30. Januar 1917 bereits Kriegsjahre anzurechnen sind, ist ein weiteres Kriegsjahr anzurechnen, wenn sie die Bedingungen auch für das Kalenderjahr 1918 erfüllt haben.

B. Königreich Preußen.

Amtsärztliche Untersuchung der zur Arbeitshilfe auf Güterbahnhöfen beorderten Personen sowie der zwangsweise zum vaterländischen Hilfsdienst herangezogenen Hilfsdienstpflichtigen. Erlaß des Ministers des Innern vom 20. Januar 1918 — Va 4403 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nach den Runderlassen vom 20. November v. Js. — Va 4258 — und vom 4. Dezember v. Js. — Va 4463 — soll die Heranziehung von Arbeitskräften zur Hilfeleistung bei der Ent- und Beladung der Eisenbahnwagen und der An- und Abfuhr von Gütern fortan durch die Gemeinden auf Grund des § 3 des Kriegsleistungsgesetzes erfolgen.

Vielfach wird nun von den in Anspruch zu nehmenden Personen die Vorlegung eines ärztlichen oder amtsärztlichen Zeugnisses verlangt, wenn sie wegen körperlicher Unfähigkeit von der ihnen obliegenden Verpflichtung zur Arbeitshilfe befreit sein wollen.

Die Kreisärzte werden daher zur Ausstellung derartiger Zeugnisse, die unter den § 115 der Dienstanweisung fallen und für die eine Gebühr bis zu 3 M. zu fordern sein wird, ermächtigt. Die Zeugnisse werden aber nur dann ohne weiteres zu erteilen sein, wenn die Untersuchung auf ausdrückliche Veranlassung der Gemeinde und die Entrichtung der Gebühr durch sie erfolgt, oder wenn die zur Arbeitshilfe beorderten Personen die Ausstellung des Zeugnisses selbst beantragen und zur Erlegung der Gebühr bereit sind. Im übrigen werden die betreffenden Personen zunächst an die Gemeinden zu verweisen sein, da diese im Falle ihrer Mittellosigkeit die Kosten zu tragen oder sonst zu befinden haben wird.

Bemerkt wird hierbei, daß nach einem an die militärischen Stellen ergangenen Runderlasse des Königlichen Kriegsministeriums — Kriegsamts — vom 21. Juni 1917 — Nr. 1305. 6. 17 C 1 b — zur ärztlichen Untersuchung der zwangsweise zum vaterländischen Hilfsdienst herangezogenen Hilfsdienstpflichtigen, welche behaupten, die ihnen zugewiesene Tätigkeit aus Gesundheitsrücksichten nicht ausführen zu können, von den Einberufungsausschüssen, soweit nicht schon die bei den Ersatzkommissionen tätigen Militärärzte hierzu bestimmt sind, in erster Linie die Kreisärzte und dann erst hilfsdienstpflichtige Aerzte herangezogen werden sollen. Die Aerzte sollen nur an bestimmten Stunden in der Woche für diese Untersuchungen vertraglich verpflichtet werden gegen eine monatliche Pauschalsumme, welche aus Reichsmitteln gezahlt wird.

Lymphbezug der Aerzte für Privatimpfungen. Erlaß des Ministers des Innern vom 14. Novemer 1917 — M 13514 II — an den Vorsitzenden des Aerztekammerausschusses.

In letzter Zeit sind die praktischen Aerzte mehr und mehr dazu übergegangen, für Privatimpfungen durch die Impflinge oder ihre Angehörigen Einzelportionen von Lymphe aus den Apotheken holen zu lassen. Dieses Verfahren führt besonders in den Zeiten stärkeren Andranges zu den Impfungen zu einer Ueberlastung der Impfanstalten und zu einer Verschwendung von Lymphe, da die Abmessung und Verpackung von Einzelportionen unverhältnismäßig mehr Arbeit verursacht, als die Abmessung und Verpackung von größeren Lymphmengen, und anderseits mit der für eine Einzelportion benötigten Lymphmenge unter Umständen 2—3 Personen geimpft werden könnten.

Ich ersuche daher ergebenst, durch Vermittelung der Aerztekammern auf die praktischen Aerzte dahin einzuwirken, daß sie, soweit möglich, eine größere Zahl von Impfungen auf einen Tag zusammenlegen und die hierfür nötige größere Lymphmenge in der Regel auf einmal unmittelbar von der Impfanstalt beziehen.

Mikroskopische Untersuchung tuberkulösen Auswurfs in Apotheken. Erlaß des Ministers des Innern vom 18. Januar 1918 — M 10041 — an den Herrn Polizeipräsidenten, abschriftlich an die Herren Regierungspräsidenten.

Grundsätzlich muß daran festgehalten werden, daß die Untersuchung tuberkulösen Auswurfs mit der in schwierigen Fällen nötigen Gründlichkeit nur in gut eingerichteten und ärztlich geleiteten bakteriologischen Laboratorien ausgeführt werden kann und daher ohne Zweifel zu den Aufgaben der Medizinaluntersuchungsämter und der sonstigen amtlichen Untersuchungsanstalten gehört. In Anbetracht jedoch der großen Zahl solcher Untersuchungen und der weiten Entfernung mancher Orte von dem Sitze der zuständigen Untersuchungsanstalt kann ausnahmsweise das Bedürfnis hervortreten, die mikroskopische Untersuchung tuberkulösen Auswurfs auch in einer geeigneten Apotheke vornehmen zu lassen.

Da es sich jedoch bei diesen Untersuchungen um ein Arbeiten mit Material, das Krankheitserreger enthält, im Sinne des § 2 der Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers, betreffend Vorschriften über Krankheitserreger, vom 21. November 1917 handelt, so bedarf ein Apotheker, der solche Untersuchungen vorzunehmen beabsichtigt, dazu der Erlaubnis der zuständigen Polizeibehörde.

Vor der Erteilung dieser Erlaubnis wird jedesmal zu prüfen sein, ob der Nachweis erbracht ist, daß

1. ein Bedürfnis für die Ausführung dieser Untersuchungen in der Apotheke vorliegt; hierfür kann auch die Zahl der bisher schon ausgeführten Untersuchungen mit in Betracht gezogen werden,

2. derjenige, der diese Untersuchungen ausführen will, die hierzu nötigen Kenntnisse und Fertigkeit besitzt (s. a. § 4 a. a. O.),

3. die Untersuchungen in einem Raume vorgenommen werden, der von den dem eigentlichen Apothekenbetriebe dienenden Räumen sicher getrennt ist und

4. dieser Raum mit den nötigen Einrichtungen zur Desinfektion sowohl der Hände des Untersuchenden, als auch der zu den Untersuchungen benutzten Glassachen und Instrumemte versehen ist.

Die Erlaubnis ist nur unter der Bedingung jederzeitigen Widerrufs zu erteilen.

Eine Verpflichtung für Aerzte und Tierärzte zur Anzeige solcher Untersuchungen kommt nur dann in Frage, wenn sie die Untersuchungen nicht lediglich zu diagnostischen Zwecken in der eigenen Praxis ausführen § 2 Abs. 3c a. a. O.).

Gefangenenaufseher können Belohnungen für Wiederbelebungsversuche bei Gefangenen nicht erhalten. Erlaß des Ministers des Innern vom 2. Januar 1918 — M 7249 — an den Herrn Regierungspräsidenten in Danzig.

Auf den zurückfolgenden urschriftlichen Bericht vom 6. Dezember v. Js. — A III 2527 — erwidere ich Euerer Hochwohlgeboren ergebenst, daß die als Samariter ausgebildeten Gefangenenaufseher mit den Medizinalpersonen im Sinne des Runderlasses vom 9. Juli 1838 — M. d. g. A. M 2408, M d. I. C 5826 — nicht gleichgestellt werden können. Es gehört zu den dienstlichen Obliegenheiten der Gefangenenaufseher, Selbstmordversuche der Gefangenen nach Möglichkeit zu verhindern; sie sind daher auch für verpflichtet zu erachten, den Erfolg solcher Versuche, soweit sie es vermögen, zu verhüten. Die Fälle, in denen von Schutzleuten Wiederbelebungsversuche vorgenommen werden, liegen meist insofern anders, als es sich nicht um Personen handelt, die sich in der Verfügungsgewalt der Polizei befinden, sondern um solche, die von der Bevölkerung oder von Angestellten der Polizei in scheintotem Zustande aufgefunden werden.

Einsammeln und Nutzbarmachung der einheimischen Arzneipflanzen. Erlaß des Ministers des Innern vom 15. November 1917 — M 6901 — an die Herren Oberpräsidenten, abschriftlich an den Herrn Regierungspräsidenten in Sigmaringen.

Der Umstand, daß infolge des Krieges die Zufuhr von Pflanzendrogen und Tees aus dem Ausland wesentlich beschränkt ist, hat erfreulicherweise dazu geführt, den einheimischen Arznei- und Teepflanzen mehr als bisher Beachtung zu schenken. Bereits in dem Erlaß vom 7. Juni 1915 — M 6059 — habe ich auf die Notwendigkeit der Deckung des inländischen Bedarfs an Arzneipflanzen hingewiesen und die Herren Oberpräsidenten ersucht, mit Hilfe der Apothekerkammern weitere Kreise der Bevölkerung zu einer ausgedehnten Sammeltätigkeit anzuregen. Später (vgl. Erlaß vom 30. Mai 1917 — M 5782 — Min.-Bl. für Med.-Angel. S. 226) ist noch die Weisung an die Herren Regierungspräsidenten ergangen, durch entsprechende Belehrung der Beteiligten dahin zu wirken, daß den Einsammlern von Arzneipflanzen das Betreten von Feld und Wald nicht erschwert wird. Ferner hat der Herr Minister der öffentlichen Arbeiten den Sammlern bei Benutzung der Staatseisenbahnen Fahrpreisermäßigungen zugestanden.

Auch das Kaiserliche Gesundheitsamt ist dem Gedanken, den Bedarf an Pflanzendrogen fortan möglichst aus dem Inlande zu decken, näher getreten; es hat u. a. in Gemeinschaft mit der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft in Berlin Merkblätter der wichtigsten einheimischen Arzneipflanzen sowie eine Anleitung zum Sammeln, Trocknen und Aufbewahren der Pflanzen und Pflanzenteile ausgearbeitet und in dem Verlag von Julius Springer in Berlin W. 9, Linkstraße 23/24, erscheinen lassen. Mehrere Abdrucke davon liegen hier bei.

Es handelt sich um ein wertvolles Hilfsmittel bei künftigen Sammlungen, dessen weiteste Verbreitung erwünscht ist.

Ich ersuche ergebenst, in dieser Richtung das Geeignete zu veranlassen.

C. Königreich Bayern.

Abgabe von Verbandstoffen aus Baumwolle. Entschließung des K. Staatsministeriums des Innern vom 21. Dezember 1917 an die K. Regierungen, Kammern des Innern, die K. Bezirksärzte und Landgerichtsärzte.

Im Vollzuge des § 5 der Bekanntmachung der Reichsbekleidungsstelle über baumwollene Verbandstoffe vom 1. Dezember 1917[1]) werden mit der Ausstellung der Bescheinigungen über die Notwendigkeit der Abgabe von baumwollenen Verbandstoffen an andere Medizinalpersonen als approbierte Aerzte (auch Zahnärzte, Tierärzte) somit besonders an Bader, Hebammen, Zahntechniker, Heilgehilfen, die Bezirksärzte betraut. Hierbei sind die Vorschriften des § 5 Abs. II der Bekanntmachung genauestens zu beachten. Gebühren werden den Amtsärzten nach § 2 der K. V. vom 17. November 1902, GVBl. S. 715, nicht gewährt. Nach Art. 3 Abs. 1 Ziff. 2, Abs. III Satz 2 des Stempelgesetzes, G.V.Bl. 1914 S. 488, bleibt der Stempel außer Ansatz.

Zeitbestimmung für die Offenhaltung der Apotheken an Werk- und Sonntagen. Königliche Verordnung vom 17. Februar 1918.

§ 32 Absatz I Satz 1 der Königl. Verordnung vom 27. Juni 1913 über das Apothekenwesen erhält folgende Fassung: „Die Apotheken müssen an Werktagen von acht Uhr morgens bis acht Uhr abends in Orten, in denen die offenen Verkaufstsellen und die dazu gehörigen Schreibstuben (Kontore) und Lagerräume allgemein um sechs Uhr abends geschlossen werden müssen, bis sieben Uhr abends, an Sonn- und Feiertagen von acht Uhr morgens bis zwei Uhr nachmittags offen gehalten werden."

D. Großherzogtum Mecklenburg-Strelitz.

Anzeige von Malariafieber, Trichinose, Wutkrankheit und Wurmkrankheit. Bekanntmachung des Ministeriunms, Abteilung für Medizinal-Angelegenheiten, vom 14. Dezember 1917.

Es wird hierdurch landespolizeilich verordnet, daß die Aerzte bis auf weiteres jeden in ihre Behandlung kommenden Fall von Malariafieber (Malaria), sowie jeden Fall einer auf Malariafieber verdächtigen Erkrankung, ferner jeden Fall von Trichinose, von Wutkrankheit und von Wurmkrankheit alsbald der Ortsobrigkeit und dem zuständigen Kreisarzte anzuzeigen haben.

Bei dieser Gelegenheit werden die Aerzte unter Hinweis auf die Verordnung vom 27. April 1905, betreffend die Anzeige epidemischer Krankheiten (Off. Anz. 1905 Nr. 19), sowie auf die Zusatzverordnung vom 28. November 1912 (Off. Anz. 1912 Nr. 60) und auf die Bekanntmachung vom 16. Dezember 1911 (Off. Anz. 1911 Nr. 94) darauf aufmerksam gemacht, daß nunmehr folgende Krankheiten, außer den auf Grund des Gesetzes vom 30. Juni 1900, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, anzeigepflichtigen (Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken und Milzbrand) anzeigepflichtig sind: Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Malariafieber, Paratyphus, Rotz, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Spinale Kinderlähmung, Trachom, Trichinose, Unterleibstyphus, Wutkrankheit und Wurmkrankheit.

Anzuzeigen ist jede Erkrankung und jeder Todesfall der Ortsobrigkeit und dem zuständigen Kreisarzte. Die Ortsobrigkeiten im Domanium sind die Großherzoglichen Aemter, nicht die Gemeindevorstände.

Die Vordrucke zu den Anzeigen sind von den Ortsobrigkeiten zu beziehen.

[1]) Siehe Beilage zu Nr. 24 dieser Zeitschrift; 1917, S. 148.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 5. 5. März. 1918.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Warnung vor Ausstellung ärztlicher Zeugnisse und Bescheinigungen über die Zweckmäßigkeit und Unentbehrlichkeit diätetischer Präparate. Rundschreiben des Reichskanzlers vom 24. Dezember 1917.

Das Kaiserliche Gesundheitsamt hat die Wahrnehmung gemacht, daß häufig Gesuchen, die von gewerblichen Unternehmungen an die Behörden um Freigabe von Rohstoffen zur Herstellung diätetischer Präparate gerichtet werden, ärztliche Bescheinigungen über die Zweckmäßigkeit oder Unentbehrlichkeit solcher Erzeugnisse beigelegt werden. Auch ist ihm vielfach von zuverlässiger Seite mitgeteilt worden, daß derartige Bescheinigungen von den herstellenden Firmen durch entsprechende Aufforderungen an die Aerzte gewonnen werden. Außerdem sei bei Gelegenheit von Beratungen im Kaiserlichen Gesundheitsamt erwähnt worden, daß Aerzten bisweilen für die Ausstellung solcher Bescheinigungen keine Bezahlung, wohl aber ein Entgelt durch kostenlose Lieferung derartiger diätetischer Präparate geleistet worden sei. Daß die Angaben über, die Art und Weise, wie solche Bescheinigungen von den Aerzten erlangt werden, auf tatsächlichen Vorkommnissen beruhen, gehe z. B. aus dem Vorgehen der Sanatogen-Werke Bauer & Cie. in Berlin unzweideutig hervor. Diese Firma habe durch ein Rundschreiben die Aerzte aufgefordert, die Zweckmäßigkeit oder Notwendigkeit der möglichst baldigen Wiederaufnahme der Sanatogenherstellung als im Interesse der Allgemeinheit liegend zu bescheinigen.

Sanatogen wird aus Magermilch gewonnen und soll aus Kaseinnatrium und Natriumglyzerophosphat bestehen. Als diätetisches Eiweißpräparat hat es eine gewisse Anerkennung ebenso wie zahlreiche andere Präparate gefunden. Trotz der mit ihm getriebenen umfangreichen Reklame, wie sie wohl kein ähnliches Erzeugnis aufzuweisen hat, auch infolge seines sehr hohen Preises ist das Sanatogen indessen gelegentlich der Beratungen, die im Anfang dieses Jahres im Kriegsernährungsamt und in der Reichsstelle für Speisefette stattgefunden haben, von den ärztlichen Sachverständigen nicht nur nicht als bei der Krankenbehandlung notwendiges Eiweißpräparat bezeichnet und für die Weiterherstellung ausgewählt, sondern im Gegenteil als entbehrlich bezeichnet werden.

Auch das Kaiserliche Gesundheitsamt hat sich dahin ausgesprochen, daß dem Sanatogen nicht eine Sonderstellung unter den Eiweißpräparaten zuzuerkennen ist. Sollten die Magermilchvorräte in Zukunft so groß werden, daß außer Plasmon auch noch andere Eiweißpräparate hergestellt werden könnten, so könnte das verfügbare Rohmaterial vielmehr möglichst sämtlichen Eiweißpräparate herstellenden Firmen zugewiesen werden.

Wenn demnach Aerzte dem Verlangen der Sanatogenwerke nachkommen und in Bescheinigungen die Notwendigkeit der möglichst baldigen Wiederaufnahme der Herstellung von Sanatogen, für die die Sanatogenwerke schon lange eifrig bemüht sind, behaupten sollten, so würden sie das Ansehen des Aerztestandes schädigen und könnten auch nicht verhindern, daß ihre Bescheinigungen zum Gegenstand einer geschäftsmäßigen Ausnutzung gemacht werden. Ein solches Vorgehen sollte daher nach Möglichkeit verhütet werden.

Ich beehre mich, hiervon mit dem Anheimstellen Kenntnis zu geben, den ärztlichen Standesvertretungen eine geeignete Warnung nahezulegen.

B. Königreich Preußen.

Erstattung von Gutachten in bürgerlichen Rechtsstreitsachen seitens der Medizinalkollegien. Erlaß des Ministers des Innern vom 30. Januar 1918 — M 116 — an die Königlichen Medizinalkollegien.

Das mittels Runderlasses vom 10. April 1888 M 2895 — den Medizinalkollegien mitgeteilte Schreiben des Herrn Staatssekretärs des Innern an das Reichsversicherungsamt vom 1. April 1888 hat zu Mißverständnissen nach der Richtung hin Anlaß gegeben, daß die Medizinalkollegien nur in Straf- und Entmündigungssachen Gutachten zu erstatten hätten, dagegen in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten zur Abgabe von Gutachten nur dann verpflichtet seien, wenn ein öffentliches Interesse damit verbunden und ein besonderer Auftrag von mir erteilt sei. Ich weise deshalb darauf hin, daß nach der für den Geschäftsumfang der Medizinalkollegien maßgebenden Königlichen Verordnung vom 23. Oktober 1817 (Gesetzsammlung S. 245) die Medizinalkollegien auf Ersuchen der Gerichtsbehörden auch in bürgerlichen Rechtsstreitsachen Gutachten zu erstatten haben.

Hinweis auf die Beachtung von Bestimmungen früherer Erlasse beim Vorkommen von Pocken- oder Pockenverdachtsfällen. Erlaß des Ministers des Innern vom 31. Januar 1918 — M 10159 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die genaue Beachtung untenstehender Erlasse wird ergebenst in Erinnerung gebracht:

1. Erlaß vom 20. Dezember 1916 — M 11686 —, betreffend die Einsendung von Material bei Pocken und Pockenverdacht an das Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Berlin (Min.Bl. für Med. Ang. für 1917, S. 12);
2. Erlaß vom 6. Juli 1917 — M 12538 —, betreffend die regelmäßige Einreichung der Wochennachweisungen über Pockenfälle nach dem vorgeschriebenen neuen Formular (Min. Bl. f. Med. Ang. für 1917 S. 267).[1]

Verteilung eines Krebsmerkblattes bei Ausbildung von Krankenpflegepersonen und Hebammen. Erlaß des Ministers des Innern vom 29. Januar 1918 — M 13821 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Von dem Deutschen Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit E. V., Berlin W. 35, Magdeburgerstraße 14, ist ein Krebsmerkblatt zur Aufklärung des Volkes über die Krebskrankheit, bearbeitet von Dr. Alfred Pinkuß, Berlin, herausgegeben worden. Es ist mir erwünscht, daß dieses Merkblatt in den Krankenpflegeschulen unter die als Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen auszubildenden Personen und auch gelegentlich der Nachprüfungen der Hebammen durch den Kreisarzt und in den Hebammenlehranstalten unter erstere verteilt wird. Ich ersuche ergebenst, das Erforderliche gefälligst zu veranlassen. Das Merkblatt wird vom genannten Zentralkomitee auf Erfordern unentgeltlich abgegeben. Hinsichtlich der Provinzialhebammenlehranstalten erfolgt das Weitere durch die Herren Oberpräsidenten.[2]

Statistik über die Heilanstalten. Erlaß des Ministers des Innern vom 29. Januar 1918 — M 3861 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Mit Bezug auf den Erlaß vom 3. November 1917 — M 3114 —.

Den bei mir von mehreren Seiten angeregten gänzlichen Fortfall der Statistik über die Heilanstalten vermag ich nicht zu genehmigen, da es sich

---

[1]) Siehe Beilage zu dieser Zeitschrift; Jahrg. 1917, S. 11 und 113.

[2]) Der Erlaß ist den Herren Oberpräsidenten zur gefälligen Kenntnisnahme und mit dem ergebensten Ersuchen unter demselben Datum zugesandt, auch die Leiter der Hebammenlehranstalten entsprechend zu benachrichtigen, da es zweckmäßig sei, auch den auszubildenden Hebammen ein solches Merkblatt auszuhändigen.

hierbei um Erhebungen handelt, die auf Bundesratsbeschluß beruhen. Es muß daher bei den durch Erlaß vom 9. November 1916 — M 3033 II. Ang. — vorgesehenen Feststellungen unter Benutzung der den Heilanstalten übermittelten Tabellenvordrucke verbleiben. Die Zustellung der Drucksachen an die Heilanstalten wird fortan mit meiner Zustimmung durch das Königlich Preußische Statistische Landesamt hierselbst durch die Hand der Kreisärzte erfolgen, da sich die unmittelbare Zusendung an die Anstalten nicht bewährt hat. Eine wesentliche Mehrarbeit wird den Kreisärzten hierdurch nicht erwachsen; das Statistische Landesamt wird die für jede Anstalt bestimmten Formulare postfertig zusammenpacken. Nach Prüfung der Vollzähligkeit der Drucksachen haben die Kreisärzte die Briefe nur zu schließen, mit dem Frei- usw. Stempel zu versehen und auf die Post zu geben. Dies Verfahren bietet insofern einen Vorteil, als die Kreisärzte von vornherein über die Veränderungen bei den Anstalten unterrichtet werden und daher wissen, ob und welche Anstalten aus irgendeinem Grunde nicht mehr unter die Statistik fallen. Sendungen an solche Anstalten sind zurückzuhalten; dem Statistischen Landesamt ist entsprechende kurze Anzeige zu erstatten.

Die Nachweisung über die neu eröffneten oder eingegangenen Heilanstalten ist vom 1. Januar d. Js. ab von den Kreisärzten nach dem mitgeteilten Formular unmittelbar an das Königlich Preußische Statistische Landesamt Berlin, SW. 68, Lindenstraße 28, einzusenden. Die Einreichung der durch Erlaß vom 23. April 1880 — M. d. I. Ia 2895, M. d. g. A. M 1986 — vorgeschriebenen namentlichen Listen von dort aus bedarf es daher nicht mehr.

Prüfung der Bedarfsanmeldungen von Krankenanstalten auf Web- usw. Waren durch die Kreisärzte. Erlaß des Ministers des Innern vom 16. Februar 1918 — MW 372 — an den Herrn Regierungspräsidenten in Stettin.

Mit dem Herrn Reichskommissar für bürgerliche Kleidung (Reichsbekleidungsstelle) stimme ich darin überein, daß die Kreisärzte bei Bedarfsanmeldungen von Krankenanstalten auf Web- usw. Waren ganz allgemein und nicht nur bei Verbandstoffen die erste Prüfung vorzunehmen haben.

Versorgung der Krankenanstalten usw. mit Verbandstoffen. Erlaß des Ministers des Innern vom 29. Januar 1918 — M 7238 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Im Anschluß an den Erlaß vom 22. Oktober 1917 — M 6803 —.

Einer Anregung des Reichskommissars für bürgerliche Kleidung (Reichsbekleidungsstelle) entsprechend, ersuche ich ergebenst, die Krankenanstalten usw. Ihres Bezirks entsprechend den nachstehenden Ausführungen gefälligst mit Nachricht zu versehen.

Soweit die Vorräte es zugelassen haben, ist an die Krankenanstalten auf die für die Zeit vom 1. Januar bis 30. September 1918 bestellten Mengen an baumwollenen Verbandstoffen nochmals eine ziemlich umfangreiche Zuteilung erfolgt. Da in Zukunft wesentlich geringere Baumwollmengen für die Herstellung von Verbandstoffen verfügbar sein werden, ersuche ich, die Krankenanstalten darauf aufmerksam zu machen, daß sie diese Zuteilung nicht als Anhalt für eine künftige Versorgung, sondern als einen Notbestand zu betrachten haben.

Die vom Kriegsausschuß der Deutschen Baumwollindustrie unter Zustimmung der Kriegsrohstoffabteilung des Königlich Preußischen Kriegsministeriums für Lieferung an Krankenanstalten festgesetzten Höchst- bezw. Richtpreise für gewebte, gewirkte oder gestrickte Verbandmittel aus Baumwolle werden in der Anlage bekanntgegeben.

Ich mache hierbei ergebenst darauf aufmerksam, daß die durch Erlaß vom 20. Juli 1917 — M 6332 — mitgeteilten Preise, die von der Militärverwaltung für Zellstoffwatte und Kreppapierbinden gezahlt worden sind, vielfach zu Mißverständnissen Anlaß gegeben haben. Die Mitteilung der Preise, die der größte Abnehmer für Massenbedarf zahlte, sollte nur einen allgemeinen Anhaltspunkt geben. Selbstverständlich konnten nicht Krankenanstalten mit

mittlerem oder gar kleinem Bezuge von den Verbandmittelherstellern oder Händlern daraufhin verlangen, zu gleichen Preisen beliefert zu werden. Es kommt hinzu, daß derartige Preise häufig sehr schnell steigen, wie inzwischen überhaupt eine allgemeine Preissteigerung für Verbandstoffe eingetreten ist.

Hinsichtlich der Verwendung ungebleichter Kreppapierbinden hat das Kriegsministerium (Sanitäts-Departement) inzwischen bestimmt, daß künftig im Felde und in der Heimat als gekreppte Papierbinden nur noch solche aus ungebleichter Sulfit-Zellulose zu verwenden sind. Sie sind dehnbarer als solche aus gebleichter Zellulose, säurefrei und genügend reißfest. Es empfiehlt sich, den Krankenanstalten nahezulegen, in gleicher Weise zu verfahren.

Es ist die Wahrnehmung gemacht worden, daß vielfach Bezugsscheine durch Einreichung von Bedarfsanmeldungen von Kranken- und sonstigen Anstalten nachgesucht werden, bevor ein früher über den gleichen Gegenstand oder Stoff erteilter Bezugschein an die Reichsbekleidungstelle zurückgelangt ist. Für die Folge wird in der Regel in derartigen Fällen die Ausstellung neuer Bezugsscheine zurückgestellt werden.

Ein Reinigungsverfahren für baumwollene Verbandstoffe, das sich inzwischen bewährt hat, ist das folgende:

Die gebrauchten Verbandstoffe werden in besonders gekennzeichneten Blecheimern gesammelt und in einem nur dafür benützten Raume reichlich mit kaltem Wosser eingeweicht, um Blut, Eiter usw. zu lösen, wobei als besonderes Lösungsmittel für Schleim usw. Soda und Salmiakgeit — auf 100 Liter etwa 0,5 Liter Salmiakgeist und 750 g kristallisierte Soda — zu verwenden ist. Nach 24 stündigem gründlichen Durchweichen und häufigem Umrühren wird das Wasser abgegossen und der Inhalt, nachdem er noch einige Male nachgespült ist, eine Stunde lang mit einem Zusatz von 1 kg Soda auf 100 Liter Wasser gekocht. Alsdann werden die Stoffe wie alle übrige Wäsche im Waschhause gewaschen. Die gereinigten Verbandstoffe werden hiernach geglättet und zuletzt wieder keimfrei gemacht.

Versorgung der Tuberkulosefürsorgestellen mit Web-, Wirk- und Strickwaren. Erlaß des Ministers des Innern vom 30. Januar 1918 — M 5138 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Mit Bezug auf die Bestimmungen im § 2 Nr. 2 der Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers, betreffend die Regelung des Verkehrs mit Web-, Wirk-, Strick- und Schuhwaren, vom 10. Juni/23. Dezember 1916 — Reichs-Gesetzbl. S. 1420 — bestimme ich hierdurch, daß die Tuberkulosefürsorgestellen auch insoweit als Krankenanstalten zu betrachten sind, als sie die in ihrer Häuslichkeit verbleibenden Tuberkulosekranken leihweise mit Web-, Wirk- und Strickwaren versehen. Vorbedingung ist also, daß die Gegenstände stets Eigentum der Fürsorgestellen bleiben.

B. Königreich Württemberg.

Verbot der Abgabe von Jod, Jodtinktur und sonstigen Zubereitungen. Ministerialverfügung vom 21. Februar 1918.

Bis auf weiteres ist die Abgabe von Jod, Jodtinktur und sonstiger Jodzubereitungen zu anderen als Heilzwecken nur bei Vorlegung eines von der Ortspolizeibehörde ausgestellten Erlaubnisscheins gestattet und die Abgabe von Arzneimitteln jeder Art an Kriegsgefangene ohne ärztliche Anweisung verboten. Wenn Jodtinktur für Heilzwecke zu äußerlichem Gebrauch verlangt wird, so haben die Verkäufer sich zunächst darüber zu vergewissern, daß die Tinktur nicht für Kriegsgefangene bestimmt ist. Bestehen in dieser Hinsicht Zweifel, so ist alsbald die Polizeibehörde zu benachrichtigen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 6/7. 5. April 1918.

Rechtsprechung.

Erblindung infolge Fahrlässigkeit eines Naturheilkundigen. Urteil des Reichsgerichts (V. Str. S.) vom 23. Februar 1918.

Der Naturheilkundige H. aus O. übte dort seit dem Jahre 1905 die Heilkunde und wurde im Oktober 1914 von einer Familie B. in St. zu Rate gezogen, weil ihr Kind schon seit drei Monaten an einer bösartigen Augenentzündung litt. H. sagte selbst, daß es sich um eine böse Sache handele, zog aber keinen Arzt hinzu, sondern verordnete Umschläge mit lauwarmer Milch und Tropfen zum Einnehmen. Der Zustand des Kindes verschlimmerte sich aber so sehr, daß schließlich doch ärztlicher Rat in Anspruch genommen wurde, leider war es zu spät, da infolge einer Hornhautentzündung das linke Auge ganz erblindet und auf dem rechten Auge teilweise die Sehkraft geschwunden war. Die Sachverständigen erklärten. daß die größte Wahrscheinlichkeit dafür vorliege, daß bei rechtzeitigem Eingriff auch das linke Auge gerettet worden wäre. Hieraus folgerte die Strafkammer, daß H. an der Erblindung des Kindes schuld sei, da er verpflichtet gewesen wäre, einen Arzt hinzuzuziehen; stattdessen habe er den Eltern ausdrücklich abgeraten. Er wurde deshalb von der Strafkammer des Landgerichts in Duisburg wegen fahrlässiger Körperverletzung zu zwei Monaten Gefängnis verurteilt. Gegen dieses Urteil legte er Revision ein, die aber vom Reichsgericht verworfen wurde.

(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung zulässig.)

Polizeiliche Maßnahmen gegen gesundheitsschädliche Wirkungen der Ausübung einer Abdeckereigerechtigkeit. Entscheidung des Königlichen Oberverwaltungsgerichts (III. Sen.) vom 8. Mai 1916.

Die Klage erweist sich als unbegründet. Der Kläger würde gegen polizeiliche Maßregeln von der Art der angefochtenen Verfügung[1]) geschützt und nur der durch § 51 der Reichsgewerbeordnung zugelassenen Untersagung des Betriebs gegen Schadensersatz durch die höhere Verwaltungsbehörde ausgesetzt sein, wenn seine Abdeckereigerechtigkeit einer auf Grund der §§ 16 ff. der Reichsgewerbeordnung erteilten Erlaubnis gleichstände. Daß das nicht der Fall ist, hat das Oberverwaltungsgericht schon in seinen Urteilen vom 3. Juni 1912 — III C 123 und 201. 11 dargetan. Daran ist festzuhalten. Danach kann

---

[1]) Die polizeiliche Verfügung lautet im Auszuge wie folgt:

Der Betrieb der Abdeckerei geschieht auf Grund der Königlichen Privilegien vom 3. Juni 1789 bezw. 26. März 1790. Unter dem 15. bezw. 16. Juli 1913 sind der unterzeichneten Polizeiverwaltung die in den Anlagen A und B abschriftlich beigefügten Beschwerden zugegangen. Auf Grund dieser Beschwerden hat am 18. August 1913 unter Zuziehung des zuständigen Herrn Kreisarztes in N. und des zuständigen Herrn Kreistierarztes in A. eine Revision der Abdeckerei stattgefunden, bei der festgestellt ist, daß die Abdeckerei den Vorschriften der §§ 58, 59, 60, 65, 66 und 72 der viehseuchenpolizeilichen Anordnung für Preußen vom 1. Mai 1912 in keiner Weise genügt, daß auf dem Abdeckereigrundstück ein übler Gestank sich bemerkbar macht, der die Klagen der Anwohner über starke Geruchsbelästigungen als durchaus begründet erscheinen läßt, daß von dem Abdeckereigrundstück flüssige Schlachtabgänge auf die M.straße abgeführt werden, wodurch die Möglichkeit einer Infektion von Menschen und Tieren gegeben ist, und daß überhaupt der ganze Abdeckereibetrieb in keiner Weise den zu stellenden sanitäts- und veterinärpolizeilichen Anforderungen entspricht. Durch Einholung amtlicher Auskunft bei der König-

mittlerem oder gar kleinem Bezuge von den Verbandmittelherstellern oder Händlern daraufhin verlangen, zu gleichen Preisen beliefert zu werden. Es kommt hinzu, daß derartige Preise häufig sehr schnell steigen, wie inzwischen überhaupt eine allgemeine Preissteigerung für Verbandstoffe eingetreten ist.

Hinsichtlich der Verwendung ungebleichter Kreppapierbinden hat das Kriegsministerium (Sanitäts-Departement) inzwischen bestimmt, daß künftig im Felde und in der Heimat als gekreppte Papierbinden nur noch solche aus ungebleichter Sulfit-Zellulose zu verwenden sind. Sie sind dehnbarer als solche aus gebleichter Zellulose, säurefrei und genügend reißfest. Es empfiehlt sich, den Krankenanstalten nahezulegen, in gleicher Weise zu verfahren.

Es ist die Wahrnehmung gemacht worden, daß vielfach Bezugsscheine durch Einreichung von Bedarfsanmeldungen von Kranken- und sonstigen Anstalten nachgesucht werden, bevor ein früher über den gleichen Gegenstand oder Stoff erteilter Bezugschein an die Reichsbekleidungstelle zurückgelangt ist. Für die Folge wird in der Regel in derartigen Fällen die Ausstellung neuer Bezugsscheine zurückgestellt werden.

Ein Reinigungsverfahren für baumwollene Verbandstoffe, das sich inzwischen bewährt hat, ist das folgende:

Die gebrauchten Verbandstoffe werden in besonders gekennzeichneten Blecheimern gesammelt und in einem nur dafür benutzten Raume reichlich mit kaltem Wosser eingeweicht, um Blut, Eiter usw. zu lösen, wobei als besonderes Lösungsmittel für Schleim usw. Soda und Salmiakgeit — auf 100 Liter etwa 0,5 Liter Salmiakgeist und 750 g kristallisierte Soda — zu verwenden ist. Nach 24 stündigem gründlichen Durchweichen und häufigem Umrühren wird das Wasser abgegossen und der Inhalt, nachdem er noch einige Male nachgespült ist, eine Stunde lang mit einem Zusatz von 1 kg Soda auf 100 Liter Wasser gekocht. Alsdann werden die Stoffe wie alle übrige Wäsche im Waschhause gewaschen. Die gereinigten Verbandstoffe werden hiernach geglättet und zuletzt wieder keimfrei gemacht.

Versorgung der Tuberkulosefürsorgestellen mit Web-, Wirk- und Strickwaren. Erlaß des Ministers des Innern vom 30. Januar 1918 — M 5138 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Mit Bezug auf die Bestimmungen im § 2 Nr. 2 der Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers, betreffend die Regelung des Verkehrs mit Web-, Wirk-, Strick- und Schuhwaren, vom 10. Juni/23. Dezember 1916 — Reichs-Gesetzbl. S. 1420 — bestimme ich hierdurch, daß die Tuberkulosefürsorgestellen auch insoweit als Krankenanstalten zu betrachten sind, als sie die in ihrer Häuslichkeit verbleibenden Tuberkulosekranken leihweise mit Web-, Wirk- und Strickwaren versehen. Vorbedingung ist also, daß die Gegenstände stets Eigentum der Fürsorgestellen bleiben.

B. Königreich Württemberg.

Verbot der Abgabe von Jod, Jodtinktur und sonstigen Zubereitungen. Ministerialverfügung vom 21. Februar 1918.

Bis auf weiteres ist die Abgabe von Jod, Jodtinktur und sonstiger Jodzubereitungen zu anderen als Heilzwecken nur bei Vorlegung eines von der Ortspolizeibehörde ausgestellten Erlaubnisscheins gestattet und die Abgabe von Arzneimitteln jeder Art an Kriegsgefangene ohne ärztliche Anweisung verboten. Wenn Jodtinktur für Heilzwecke zu äußerlichem Gebrauch verlangt wird, so haben die Verkäufer sich zunächst darüber zu vergewissern, daß die Tinktur nicht für Kriegsgefangene bestimmt ist. Bestehen in dieser Hinsicht Zweifel, so ist alsbald die Polizeibehörde zu benachrichtigen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 6/7. **5. April** **1918.**

Rechtsprechung.

Erblindung infolge Fahrlässigkeit eines Naturheilkundigen. Urteil des Reichsgerichts (V. Str. S.) vom 23. Februar 1918.

Der Naturheilkundige H. aus O. übte dort seit dem Jahre 1905 die Heilkunde und wurde im Oktober 1914 von einer Familie B. in St. zu Rate gezogen, weil ihr Kind schon seit drei Monaten an einer bösartigen Augenentzündung litt. H. sagte selbst, daß es sich um eine böse Sache handele, zog aber keinen Arzt hinzu, sondern verordnete Umschläge mit lauwarmer Milch und Tropfen zum Einnehmen. Der Zustand des Kindes verschlimmerte sich aber so sehr, daß schließlich doch ärztlicher Rat in Anspruch genommen wurde, leider war es zu spät, da infolge einer Hornhautentzündung das linke Auge ganz erblindet und auf dem rechten Auge teilweise die Sehkraft geschwunden war. Die Sachverständigen erklärten, daß die größte Wahrscheinlichkeit dafür vorliege, daß bei rechtzeitigem Eingriff auch das linke Auge gerettet worden wäre. Hieraus folgerte die Strafkammer, daß H. an der Erblindung des Kindes schuld sei, da er verpflichtet gewesen wäre, einen Arzt hinzuzuziehen; stattdessen habe er den Eltern ausdrücklich abgeraten. Er wurde deshalb von der Strafkammer des Landgerichts in Duisburg wegen fahrlässiger Körperverletzung zu zwei Monaten Gefängnis verurteilt. Gegen dieses Urteil legte er Revision ein, die aber vom Reichsgericht verworfen wurde.

(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung zulässig.)

Polizeiliche Maßnahmen gegen gesundheitsschädliche Wirkungen der Ausübung einer Abdeckereigerechtigkeit. Entscheidung des Königlichen Oberverwaltungsgerichts (III. Sen.) vom 8. Mai 1916.

Die Klage erweist sich als unbegründet. Der Kläger würde gegen polizeiliche Maßregeln von der Art der angefochtenen Verfügung[1]) geschützt und nur der durch § 51 der Reichsgewerbeordnung zugelassenen Untersagung des Betriebs gegen Schadensersatz durch die höhere Verwaltungsbehörde ausgesetzt sein, wenn seine Abdeckereigerechtigkeit einer auf Grund der §§ 16 ff. der Reichsgewerbeordnung erteilten Erlaubnis gleichstände. Daß das nicht der Fall ist, hat das Oberverwaltungsgericht schon in seinen Urteilen vom 3. Juni 1912 — III C 123 und 201. 11 dargetan. Daran ist festzuhalten. Danach kann

---

[1]) Die polizeiliche Verfügung lautet im Auszuge wie folgt:

Der Betrieb der Abdeckerei geschieht auf Grund der Königlichen Privilegien vom 3. Juni 1789 bezw. 26. März 1790. Unter dem 15. bezw. 16. Juli 1918 sind der unterzeichneten Polizeiverwaltung die in den Anlagen A und B abschriftlich beigefügten Beschwerden zugegangen. Auf Grund dieser Beschwerden hat am 18. August 1913 unter Zuziehung des zuständigen Herrn Kreisarztes in N. und des zuständigen Herrn Kreistierarztes in A. eine Revision der Abdeckerei stattgefunden, bei der festgestellt ist, daß die Abdeckerei den Vorschriften der §§ 58, 59, 60, 65, 66 und 72 der viehseuchenpolizeilichen Anordnung für Preußen vom 1. Mai 1912 in keiner Weise genügt, daß auf dem Abdeckereigrundstück ein übler Gestank sich bemerkbar macht, der die Klagen der Anwohner über starke Geruchsbelästigungen als durchaus begründet erscheinen läßt, daß von dem Abdeckereigrundstück flüssige Schlachtabgänge auf die M.straße abgeführt werden, wodurch die Möglichkeit einer Infektion von Menschen und Tieren gegeben ist, und daß überhaupt der ganze Abdeckereibetrieb in keiner Weise den zu stellenden sanitäts- und veterinärpolizeilichen Anforderungen entspricht. Durch Einholung amtlicher Auskunft bei der König-

die Polizei gegen Gefahren, die der klägerische Betrieb seiner Umgebung bereitet, insoweit einschreiten, wie das § 10 Titel 17 Teil II des Allgemeinen Landrechts gestattet. Daß der Betrieb in der Tat mit Gefahren für die Gesundheit der Umwohner verknüpft ist, kann nach den Aeußerungen der gehörten Sachverständigen keinem Zweifel unterliegen, ist vom Kläger auch gar nicht bestritten worden. Fraglich kann nur sein, ob die vollständige Stilllegung des Betriebs in der M.straße die zur Abwendung dieser Gefahren „nötige Anstalt" im Sinne des § 10 Titel 17 Teil II a. a. O. ist, also keine Möglichkeit besteht, den gleichen Erfolg durch weniger einschneidende Maßregeln zu erreichen. Das Oberverwaltungsgericht hat zur Klärung dieser Frage eine erneute Aeußerung der schon vom Bezirksausschusse gehörten Gutachter veranlaßt und ist auf Grund ihrer überzeugenden Erklärungen zur Verneinung einer solchen den Kläger minder belastenden Möglichkeit gekommen. Denn danach ist zunächst die räumliche Enge des Abdeckereigrundstücks der Schaffung wirksamer Verbesserungen äußerst ungünstig. Darüber hinaus aber ergibt sich aus dem Gutachten, daß angesichts der Art und des Umfanges des klägerischen Betriebs und seiner Lage in einem mit Wohnhäusern dicht besetzten Stadtteile selbst die Einführung der besten durch den gegenwärtigen Stand der Technik zur Verfügung gestellten Betriebseinrichtungen nicht den Erfolg haben würde, das Ausströmen der in einer Abdeckerei unvermeidlich entstehenden üblen Gerüche in die Umgebung soweit zu verhindern, daß den Nachbarn die erforderliche Lüftung ihrer Wohnräume ermöglicht und überhaupt der nötige Schutz gegen Gesundheitsschädigungen gewährt würde. Unter diesen Umständen muß anerkannt werden, daß die Polizei befugt war, die Fortführung des Betriebs ganz zu untersagen, wobei es gleichgültig ist, ob der Betrieb in der gegenwärtigen Art schon seit langer Zeit geführt worden ist. Noch so langdauerndes Bestehen eines Zustandes schützt nicht gegen polizeiliche Eingriffe, wenn sich aus diesem Zustande polizeiwidrige Wirkungen entwickeln.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 17. März 1918.

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Die Aenderungen und Ergänzungen, welche gegenüber den Bestimmungen einer Kassensatzung über die Festsetzung des Grundlohns und die Bemessung der Beiträge zu Durchführung des § 1 der Bekanntmachung vom 22. November 1917, betreffend Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges (Reichs-Gesetzbl. S. 1085), dienen sollen, können ohne Aufnahme in die Satzung vom Vorstand beschlossen werden. Der Beschluß bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts, dessen Entscheidung endgültig ist. Auch im Falle der Versagung entscheidet nicht die Beschlußkammer.

---

lichen Gewerbeinspektion zu S. ist ferner festgestellt worden, daß für die in der Abdeckerei zum Abkochen der Kadaver benutzte, im Küchenraum befindliche Kocheinrichtung die gewerbepolizeiliche Genehmigung aus § 16 der Gewerbeordnung weder nachgesucht noch erteilt worden ist.

Es wird deshalb im sanitäts- und veterinärpolizeilichen Interesse auf Grund des § 132 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 vom 1. Januar 1914 ab der gesamte Betrieb der Abdeckerei auf dem sogenannten Abdeckereigrundstück hierselbst, insbesondere die Zerlegung, Beseitigung oder sonstige Bearbeitung sowie das Verscharren oder Vergraben von Kadavern und tierischen Teilen, desgleichen die Benutzung der oben erwähnten, im Küchenraum befindlichen Kocheinrichtung untersagt und für jeden Zuwiderhandlungsfall eine Geldstrafe von 50 M. dergestalt angedroht, daß für jeden Tag über den 1. Januar 1914 hinaus, an dem diesem Verbot zuwider die Abdeckerei auf dem sogenannten Abdeckereigrundstück in der M.straße hierselbst betrieben wird, eine Strafe von 50 Mark eventl. drei Tagen Haft festgesetzt wird.

§ 2. Während der weiteren Dauer des Krieges erhalten die Kassenmitglieder einen Abdruck der Satzung und ihrer Aenderung (§ 325 der Reichsversicherungsordnung) nur auf Antrag: im übrigen genügt die Mitteilung von Auszügen, welche die Bestimmungen über Mitgliedschaft, Leistungen und Beiträge nebst der Krankenordnung sowie Aenderungen dieser Bestimmungen enthalten.

Die Mitglieder sind berechtigt, einen Abdruck der Satzungen und ihrer Aenderung in den Geschäftsräumen der Kasse während der üblichen Geschäftsstunden einzusehen.

§ 3. Der Anspruch einer Wöchnerin auf die Leistungen der Wochenhilfe nach § 8 der Bekanntmachung, betreffend Wochenhilfe während des Krieges, vom 3. Dezember 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 492) besteht auch dann, wenn die Beiträge zur Krankenkasse für die Wöchnerin auf Antrag des Arbeitgebers gemäß § 420 oder § 421 der Reichsversicherungsordnung unter Wegfall oder Kürzung des Anspruchs auf Krankengeld ermäßigt sind.

Was der Wöchnerin auf Grund dieses Anspruchs zusteht, gilt nicht als Barleistung im Sinne des § 425 der Reichsversicherungsordnung; der Arbeitgeber hat der Kasse dafür nichts zu erstatten.

Der Kassenvorstand kann die nach § 420 Abs. 3, § 421 der Reichsversicherungsordnung ermäßigten Beiträge mit Zustimmung des Versicherungsamts entsprechend der Steigerung der Kassenausgaben infolge dieser Wochenhilfe erhöhen; einer Satzungsänderung bedarf es nicht.

§ 4. Die Vorschriften der §§ 1, 2 treten mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

§ 5. Die Vorschriften des § 3 treten mit Wirkung vom 3. Dez. 1914 in Kraft.

Ansprüche über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündung dieser Verordnung schwebt, unterliegen den Vorschriften des § 3.

Sind Ansprüche, die nach den Vorschriften des § 3 begründet sind, nach dem 2. Dezember 1914 rechtskräftig abgelehnt worden, so hat die Krankenkasse auf Antrag des Berechtigten einen neuen Bescheid zu erteilen; die Verjährungsfrist des § 223 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung beginnt für solhhe Anträge mit dem Tage der Verkündung dieser Vorschriften.

Bekämpfung des Schleichhandels. Verordnung des Bundesrats vom 7. März 1918.

§ 1. Wer gewerbsmäßig Lebens- oder Futtermittel, für die Höchstpreise festgesetzt sind oder die sonst einer Verkehrsregelung unterliegen, unter vorsätzlicher Verletzung der zur Regelung ergangenen Vorschriften oder unter Verleitung eines andern zur Verletzung dieser Vorschriften oder unter Ausnutzung der von einem anderen begangenen Verletzung dieser Vorschriften zur Weiterveräußerung erwirbt oder wer sich zu solchem Erwerb erbietet, wird wegen Schleichhandels mit Gefängnis bestraft; daneben ist auf Geldstrafe bis zu fünfhunderttausend Mark zu erkennen.

Ebenso wird bestraft, wer gewerbsmäßig solche Geschäfte vermittelt oder wer sich zu einer solchen Vermittlung erbietet.

Neben der Strafe kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden; ferner kann angeordnet werden, daß die Verurteilung auf Kosten des Täters öffentlich bekanntzumachen ist.

§ 2. Wer wegen Vergehens gegen § 1 bestraft worden ist, darauf wiederum eine solche Handlung begangen hat und wegen derselben bestraft worden ist, wird, wenn er sich abermals einer solchen Handlung schuldig macht, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren, bei mildernden Umständen mit Gefängnis nicht unter sechs Monaten bestraft. Daneben ist auf Geldstrafe bis zu fünfhunderttausend Mark zu erkennen; ferner ist anzuordnen, daß die Verurteilung auf Kosten des Täters öffentlich bekanntzumachen ist.

Neben Zuchthaus ist auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte zu erkennen.

Die Vorschriften in Abs. 1, 2 finden auch Anwendung, wenn die früheren Strafen nur teilweise verbüßt oder ganz oder teilweise erlassen sind.

§ 3. Neben der Strafe kann auf Einziehung der Gegenstände erkannt werden, auf die sich die strafbare Handlung bezieht, ohne Unterschied, ob sie dem Täter gehören oder nicht.

§ 4. Diese Verordnung tritt mit dem 15. März 1918 in Kraft.

Genehmigung von Ersatzlebensmitteln. Verordnung des Bundesrats vom 7. März 1918.

§ 1. Ersatzlebensmittel dürfen gewerbsmäßig nur hergestellt, angeboten, feilgehalten. verkauft oder sonst in den Verkehr gebracht werden, wenn sie von einer Ersatzmittelstelle (§ 2) genehmigt sind. — Der Reichskanzler kann Grundsätze darüber aufstellen, welche Gegenstände Ersatzlebensmittel im Sinne dieser Verordnung sind. Die Grundsätze sind im Reichsanzeiger zu veröffentlichen. — Die von einer Ersatzmittelstelle erteilte Genehmigung gilt für das ganze Reichsgebiet.

§ 2. Die Ersatzmittelstellen sind von den Landeszentralbehörden zu errichten. Sie können für das ganze Gebiet eines Bundesstaats oder für Teilgebiete, auch für Bezirke, die aus Gebieten mehrerer Bundesstaaten gebildet sind, errichtet werden. — Die Landeszentralbehörden können bestimmen, daß die Geschäfte der Ersatzmittelstellen von bereits bestehenden Stellen wahrgenommen werden.

§ 3. Der Antrag auf Genehmigung muß enthalten:

1. genaue Angaben über die Zusammensetzung des Ersatzlebensmittels und das Herstellungsverfahren unter Bezeichnung der Art und Menge der bei der Herstellung verwendeten Stoffe und der daraus gewonnenen Menge der Fertigerzeugnisse.
2. eine Berechnung der Herstellungskosten, sowie die Angabe des Preises, zu dem das Ersatzlebensmittel vom Hersteller und im Groß- und Kleinhandel abgegeben werden soll.
3. die wörtlich genaue Angabe, unter welcher Bezeichnung das Ersatzlebensmittel in den Verkehr gebracht werden soll.

Dem Antrag sind ferner beizufügen:

4. zur Untersuchung geeignete Muster des Ersatzlebensmittels in der für den Kleinverkauf vorgesehenen Packung mit Bezettelung, Gebrauchsanweisung und Ankündigungsentwürfen.

Die Landeszentralbehörden oder mit ihrer Genehmigung die Ersatzmittelstellen können weitere Erfordernisse für den Antrag aufstellen.

§ 4. Der Antrag auf Genehmigung ist von dem Hersteller, bei Ersatzlebensmitteln, die aus dem Ausland eingeführt werden, von dem Einführenden zu stellen. — Will ein anderer als der Hersteller oder der Einführende das Ersatzlebensmittel unter seinem Namen oder seiner Firma in den Verkehr bringen, so ist der Antrag von diesem zu stellen. — Zuständig zur Erteilung der Genehmigung ist diejenige Ersatzmittelstelle, in deren Bezirk der zur Stellung des Antrags Berechtigte seine gewerbliche Hauptniederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hat.

§ 5. Die Genehmigung kann an Bedingungen geknüpft werden. Soweit reichsrechtlich Vorschriften über Ersatzlebensmittel getroffen sind, darf die Genehmigung nicht an abweichende Bedingungen geknüpft werden. Der Reichskanzler kann Grundsätze für die Erteilung und Versagung der Genehmigung aufstellen. Die Grundsätze sollen eine Versagung der Genehmigung insbesondere für die Fälle vorsehen, in denen Bedenken gesundheitlicher oder volkswirtschaftlicher Art oder persönliche Gründe der Erteilung der Genehmigung entgegenstehen. — Die Genehmigung gilt für das Ersatzlebensmittel nur insoweit, als es entsprechend den im Genehmigungsantrag enthaltenen Angaben und den bei der Erteilung der Genehmigung auferlegten Bedingungen hergestellt und in den Verkehr gebracht wird. Jede Abweichung, insbesondere in der Zusammensetzung, Bezeichnung oder im Preise, ist nur nach Genehmigung der Ersatzmittelstelle zulässig.

Die Genehmigung kann außer in den Fällen des § 8 Abs. 2 auch zurückgenommen werden, wenn sich nachträglich Umstände ergeben, die die Versagung der Genehmigung rechtfertigen.

§ 6. Gegen die Versagung und die Zurücknahme der Genehmigung ist nur Beschwerde zulässig. Sie hat keine aufschiebende Wirkung. — Die Landeszentralbehörden bestimmen, welche Stellen zur Entscheidung über die Beschwerde zuständig sind.

§ 7. Die Landeszentralbehörden bestimmen das Nähere über das Verfahren vor den Ersatzmittel- und den Beschwerdestellen.

§ 8. Von sämtlichen Entscheidungen, durch die ein Ersatzlebensmittel genehmigt oder die Genehmigung eines solchen versagt oder zurück-

genommen ist, sowie von sämtlichen Entscheidungen der Beschwerdestellen ist dem Kriegsernährungsamt unverzüglich Mitteilung zu machen. Haben mehrere Ersatzmittelstellen oder Beschwerdestellen über die Genehmigung eines Ersatzlebensmittels zu entscheiden und gelangen sie zu verschiedenen Entscheidungen, so hat der Reichskanzler die endgültige Entscheidung zu treffen. Das gleiche gilt, wenn bereits genehmigte Ersatzlebensmittel durch eine andere Ersatzmittelstelle beanstandet werden und zwischen dieser und derjenigen Stelle, die das Ersatzlebensmittel genehmigt hat, keine Einigung erzielt wird.

§ 9. Bei jeder Veräußerung von Ersatzlebensmitteln an Händler oder bei der Uebergabe an diese zum Zwecke der Veräußerung hat der Veräußerer dem Erwerber eine Bescheinigung auszuhändigen, aus der ersichtlich ist, von welcher Stelle, wann, unter welcher Nummer und unter welchen Bedingungen das Ersatzlebensmittel genehmigt ist. Der Erwerber darf Ersatzlebensmittel nur gegen Aushändigung dieser Bescheinigung erwerben; er hat die Bescheinigung aufzubewahren und auf Verlangen den Angestellten oder Beauftragten der Polizei und der Ersatzmittelstellen vorzulegen.

§ 10. Die angestellten und Beauftragten der Polizei und der Ersatzmittelstellen sind befugt, Räume, in denen Ersatzlebensmittel hergestellt werden, während der Geschäftszeit zu betreten, dort Besichtigungen vorzunehmen, Geschäftsaufzeichnungen einzusehen und nach ihrer Auswahl Proben geben Empfangsbestätigung zu entnehmen.

Die Besitzer dieser Räume sowie die von ihnen bestellten Betriebsleiter und Aufsichtspersonen haben den nach Abs. 1 zum Betreten der Räume Berechtigten auf Erfordern über das Verfahren bei der Herstellung der Ersatzlebensmittel und über die zur Herstellung verwendeten Stoffe, insbesondere über deren Menge, Herkunft und Preis, Auskunft zu erteilen.

§ 11. Die nach § 10 Berechtigten sind vorbehaltlich der dienstlichen Berichterstattung und der Anzeige von Gesetzwidrigkeiten verpflichtet, über die Errichtungen und Geschäftsverhältnisse, welche zu ihrer Kenntnis kommen, Verschwiegenheit zu beobachten und sich der Mitteilung und Verwertung der Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse zu enthalten.

§ 12. Die Vorschriften dieser Verordnung finden auf Ersatzlebensmittel, deren Herstellung oder Vertrieb von einer dem Reichskanzler unterstellten Stelle beaufsichtigt werden, mit der Maßgabe Anwendung, daß an die Stelle der Ersatzmittelstelle die beaufsichtigende oder eine vom Reichskanzler bestimmte Stelle tritt.

§ 13. Der Reichskanzler kann die Vorschriften dieser Verordnung auf Ersatzmittel für andere Gegenstände des täglichen Bedarfs ausdehnen. Soweit er von dieser Befugnis keinen Gebrauch macht, können die Landeszentralbehörden dahingehende Bestimmungen treffen.

§ 14. Die bei Inkrafttreten der Verordnung bereits im Verkehre befindlichen Ersatzlebensmittel dürfen vom 1. Juli 1918 ab nur noch im Verkehre bleiben, wenn sie genehmigt sind. — Der Antrag auf Genehmigung solcher Ersatzlebensmittel kann auch vom Eigentümer gestellt werden. — Die Landeszentralbehörden können bestimmen, daß die nach den bisherigen Bestimmungen in einzelnen Bundesstaaten erteilte Genehmigung eines Ersatzlebensmittels als Genehmigung im Sinne dieser Verordnung gilt.

§ 15. Der Reichskanzler kann Ausführungsbestimmungen erlassen und Ausnahmen von den Vorschriften dieser Verordnung zulassen.

Soweit er von der Befugnis, Ausführungsbestimmungen zu erlassen, keinen Gebrauch macht, können die Landeszentralbehörden solche erlassen.

Mit Gefängnis bis zu einem Jahre und mit Geldstrafe bis zu zehntausend Mark oder mit einer dieser Strafen bestraft:

1. wer Ersatzlebensmittel ohne die erforderliche Genehmigung gewerbsmäßig herstellt, anbietet, feilhält, verkauft oder sonst in den Verkehr bringt oder den bei Erteilung der Genehmigung auferlegten Bedingungen (§ 5) zuwiderhandelt;
2. wer den Vorschriften über die Verpflichtung zur Ausstellung, Aushändigung, Aufbewahrung und Vorlegung der Bescheinigung im § 9 zuwiderhandelt;
3. wer den Vorschriften im § 10 Abs. 1 zuwider den Eintritt in die Räume, die Besichtigung, die Einsicht in die Geschäftsaufzeichnungen oder die Entnahme von Proben verweigert oder die gemäß § 10 Abs. 2 von ihm

geforderte Auskunft nicht erteilt oder wissentlich unrichtige oder unvollständige Angaben macht;

4. wer den Vorschriften im § 11 zuwider Verschwiegenheit nicht beobachtet oder der Mitteilung oder Verwertung von Geschäfts- oder Betriebsgeheimnissen sich nicht enthält;
5. wer den von dem Reichskanzler oder den Landeszentralbehörden erlassenen Ausführungsbestimmungen zuwiderhandelt.

Im Falle der Nr. 4 tritt die Verfolgung nur auf Antrag des Betriebsinhabers ein.

Neben der Strafe kann in den Fällen der Nummern 1, 2 und 5 auf **Einziehung** der Gegenstände erkannt werden, auf die sich die strafbare Handlung bezieht, ohne Unterschied, ob sie dem Täter gehören oder nicht.

§ 17. Diese Verordnung tritt am 1. Mai 1918 in Kraft.

B. Königreich Preußen.

Entnahme von Ruhruntersuchungsmaterial am Krankenbette seitens der zuständigen Bakteriologien. Erlaß des Ministers des Innern vom 5. März 1918 — M 10274 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Mit Bezug auf den Erlaß vom 27. September 1917 M 13311 — Min. Bl. f. Med. Ang. S. 366.[1])

Zur Vermeidung größerer Ruhrepidemien im kommenden Sommer ist es dringend notwendig, den während des Winters und Frühjahrs auftretenden Ruhrerkrankungen von vornherein erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden und insbesondere die ersten Erkrankungen in einem Orte einwandfrei bakteriologisch feststellen zu lassen. Wie im vorstehenden Erlaß bereits hervorgehoben, empfiehlt es sich zur Erzielung besserer Untersuchungsergebnisse bei der bakteriologischen Feststellung einer ersten Ruhrerkrankung, daß die zuständigen Bakteriologen in geeigneten Fällen tunlichst das frisch gewonnene Untersuchungsmaterial unmittelbar am Krankenbett selbst entnehmen und auf Platten ausstreichen. Zur Deckung der durch solche Reisen entstehenden besonderen Kosten überweise ich für das Rechnungsjahr 1918 zunächst einen Kredit bis zur Höhe von 200 M., buchstäblich: „zweihundert Mark". Die Verrechnung der hieraus zu leistenden Zahlungen hat in der Rechnung der Regierungshauptkasse (Polizeihauptkasse) von der Medizinalverwaltung für 1918 bei Kap. 97 a Tit. 25 als Mehrausgabe zu erfolgen.

Ausführung der Wassermannschen Untersuchung bei syphilisverdächtigen Prostituierten. Erlaß des Ministers des Innern vom 22. Februar 1918 — M. N. 10242 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Zur nachhaltigen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bestimme ich hierdurch, daß bei Prostituierten, gegen die ein begründeter Verdacht besteht, daß sie an Syphilis leiden und diese auf andere Personen übertragen haben, die Wassermannsche Untersuchung auszuführen ist, sofern nicht schon die sittenärztliche Untersuchung diesen Verdacht bestätigt. Zuständig für diese Untersuchungen sind nach meinem Erlasse vom 6. Juli 1911 — M 17305 II. Ang. — die Medizinaluntersuchungsämter, Medizinaluntersuchungsstellen bezw. die mit deren Aufgaben betrauten Untersuchungsanstalten. Als im sanitätspolizeilichen Interesse liegend, gehört die Blutentnahme zu den Aufgaben des Sittenarztes, die Untersuchung des Blutserums in den Aufgabenkreis der Medizinaluntersuchungsanstalten; soweit die Kreise an diese angeschlossen sind, fallen die Kosten für die Blutuntersuchung unter das Pauschale. Ich ersuche ergebenst, die Sittenärzte wegen der Entnahme der Blutprobe und das im Bezirk belegene Medizinaluntersuchungsamt wegen Ausführung der Blutuntersuchungen gefälligst alsbald mit entsprechender Weisung zu versehen.

Abfüllung der Heilsera in Ampullen. Rund-Erlaß des Ministeriums des Innern vom 8. März 1918.

Mit Rücksicht darauf, daß neuerdings Heilsera wiederholt durch Abschwächung oder Verunreinigung verhältnismäßig schnell unbrauchbar geworden sind und diese Erscheinung vermutlich auf die Art des jetzigen, vielfach

---

[1]) Siehe Beilage, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, zu Nr. 20 dieser Zeitschrift; 1917, S. 131.

minderwertigen Stopfenverschlusses der Serumfläschchen zurückzuführen ist, bestimme ich, daß vom 1. Juli d. J. ab Serum zur Verwendung beim Menschen, nur noch in zugeschmolzenen Ampullen (Fläschchen) abgefüllt in den Handel gebracht werden darf. Die Abfüllung des Serums in Ampullen ist bereits jetzt zulässig. Die für die verkorkten Fläschchen vorgeschriebene Sicherung des Verschlusses durch Bleiplombe fällt für die zugeschmolzenen Ampullen fort. Die im Handel befindlichen Serumfläschchen mit Pfropfenverschluß sind zunächst aufzubrauchen.

Erhöhung der Preise für die Kartenbriefvordrucke zu Meldungen von übertragbaren Krankheiten. Erlaß des Ministers des Innern vom 5. März 1918 — M 10295 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Nach einer Mitteilung der Waisenhausbuchdruckerei in Cassel ist es wegen weiterer Steigerung der Papierpreise und der Preise für Rohmaterialien und Verpackung nicht mehr möglich, die Kartenbriefformulare zu Meldungen von übertragbaren Krankheiten zu dem bisherigen Preise von 15 M. mit einem Teuerungszuschlage von 10% für das Tausend zu liefern. Ich habe daher genehmigt, daß bis auf weiteres vom 1. Januar d. Js. ab als Preis für 1000 Stück Kartenbriefformulare 25 M. berechnet werden. Bei Abnahme größerer von den Königlichen Regierungen auf einmal zu bestellender Mengen ist eine Preisermäßigung vorgesehen. Zwecks Kostenersparnis empfiehlt es sich daher, die Formularmengen weiterhin tunlichst für den ganzen Bezirk in einer Sendung in Empfang zu nehmen.

Das Weitere stelle ich hiernach ergebenst anheim.

Aufräumung der Bestände an alten Impfvordrucken. Erlaß des Ministers des Innern vom 1. März 1918 — M. 10355 — an die Herren Regierungspräsidenten.[1])

Im Einvernehmen mit dem Herrn Reichskanzler (Reichsamt des Innern) teile ich ergebenst mit, daß mit Rücksicht auf die Papierknappheit und die sonstigen Kriegsverhältnisse Bedenken nicht dagegen zu erheben sind, wenn an Stelle der durch vorbezeichnete Beschlüsse des Bundesrats genehmigten neuen Vordrucke die noch vorhandenen Vorräte der alten, bis dahin vorgeschriebenen Formulare zunächst aufgebraucht werden.

Die statistischen Arbeiten im besonderen werden bei Beibehaltung der alten Vordrucke besonderen Schwierigkeiten nicht begegnen. Die auf den neuen Impfscheinen (Vordruck I und II) angebrachte Mahnung, auch nach der Nachschau den Impfstellen eine besondere Sorgfalt angedeihen zu lassen, muß bis zur Ingebrauchnahme der neuen Vordrücke mündlich erteilt werden. Ebenso können durch eine mündliche Erläuterung des Impfarztes die Angehörigen der Erstimpflinge und die Wiederimpflinge auf die Aenderung in den Verhaltungsvorschriften hingewiesen werden.

Unzulässigkeit der Gebührenerhebung für die Erteilung von Bezugsscheinen. Erlaß des Ministers des Innern vom 11. Januar 1918 — M 7294 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Soweit hier bekannt geworden, erheben vereinzelte Gemeinden für die Erteilung von Bezugsscheinen eine Gebühr. Da die Möglichkeit für eine Gebührenerhebung nach § 6 des Kommunalabgabengesesezes vom 14. Juli 1893 — Gesetzsamml. S. 152 ff. — nicht gegeben ist, ersuche ich im Einvernehmen mit der Reichsbekleidungsstelle ergebenst, die Einstellung dieser Gebührenerhebung alsbald herbeizuführen.

Sofern die Kommunalverbände für die Durchführung des Verkehrs mit Bezugsscheinen besondere Einrichtungen getroffen haben, ist eine teilweise Erstattung dieser Unkosten von der Reichsbekleidungsstelle nach Beendigung des

---

[1]) Eine Verfügung gleichen Inhalts ist im Königreich Sachsen unter dem 15. November 1917 erlassen.

Krieges in Aussicht genommen. Einzelheiten können zur Zeit noch nicht angegeben und verbindliche Zusicherungen nicht gemacht werden.

Erhebung des Teuerungszuschlags zu den Arzneipreisen im Verkehr zwischen Apotheken und Krankenkassen. Bescheid des Ministers des Innern vom 28. Januar 1918 — M 5099 — an den Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen.

Auf die gefälligen Eingaben vom 7. und 17. Januar d. Js. erwidere ich ergebenst, daß im Verkehr zwischen Apotheken und Krankenkassen der Teuerungszuschlag von 20 Pf., der nach der Bekanntmachung vom 28. Dezember v. Js. (Minist. Bl. für Med. Angel. 1918 S. 2) bei jeder auf ärztliche Verordnung abgegebenen Arznei zu dem Arzneipreis erhoben werden kann,

1. auch von dem Preisabschlag getroffen wird, der nach dem Erlaß vom 5. Juni 1913 — M 5230 — Minist. Bl. für Med. Angel. S. 200) bei Arzneilieferungen gemäß § 376 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung zu gewähren ist;
2. bei Verordnung von Arzneimitteln außer Ansatz bleibt, für die gemäß § 376 Abs. 2 der Reichsversichsordnung Handverkaufspreise festgesetzt worden sind.

C. Königreich Württemberg.

Gebühren der approbierten Aerzte für die Geschäfte der Privatpraxis. Verfügung des Ministers des Innern vom 14. März 1918.

(1) Die Nummern 1, 2, 7 und 13 der Verfügung des Ministeriums des Innern vom 25. März 1899 (Reg.-Bl. S. 284) erhalten mit Wirkung vom 1. April d. Js. an bis auf weiteres folgende Fassung:

1. a) Erster Besuch des Arztes bei dem Kranken, auch wenn Sprechstundenberatung vorausgegangen ist . . . . . . 3—10 M.,
   b) jeder folgende im Verlauf derselben Krankheit . . 1,50—5 M.,
2. a) Erste Beratung eines Kranken ohne Besuch . . . 2—6 M.,
   b) jede folgende Beratung in derselben Krankheit, soweit nicht Buchstabe c zutrifft . . . . 1—3 M.,
   c) jede Beratung außerhalb der Sprechstundenzeit . . 2—6 M.

7. Für Besuche oder Beratungen, welche in der Zeit zwischen 8 Uhr abends und 7 Uhr morgens (Nachtzeit) verlangt oder notwendig werden, beträgt die Gebühr das Doppelte der in Nr. 1, 2 und 4 enthaltenen Sätze, jedoch nicht unter 4 M. Die gleichen Sätze gelten für die Besuche an Sonntag-Nachmittagen.

13. Befindet sich der Kranke außerhalb des Wohnortes des Arztes und zwar nicht unter 1 Kilometer von dessen Grenze und nicht unter 2 Kilometer von der Wohnung des Arztes entfernt, so hat der Arzt außer der Gebühr für den Besuch den Ersatz der für die Reise erwachsenen Kosten für Fahrzeug oder Reittier zu beanspruchen. Bei Benützung eines eigenen Fahrzeugs oder Reittiers ist die Entschädigung nach den ortsüblichen Preisen zu berechnen. Bei Reisen zu Fuß oder mittels Fahrrads dürfen 50 Pf. für jeden zurückgelegten Kilometer berechnet werden, wobei jeder angefangene Kilometer für voll zählt.

Bei Fahrten mit der Eisenbahn sind die Kosten der II. Wagenklasse, bei Fahrten mit dem Dampfschiff die der I. Klasse zu vergüten.

Außerdem hat der Arzt Anspruch auf Entschädigung für die durch die Zurücklegung des Weges bedingte Zeitversäumnis, und zwar 1,50—3 M. für jede angefangene halbe Stunde der für die Reise erforderlichen Zeit bis zum Höchstbetrag von 40 M. für den Tag.

(2) Die Verfügung des Ministeriums des Innern vom 16. September 1915, betreffend die Reisegebühren der approbierten Aerzte (Staatsanzeiger Nr. 209), tritt mit dem Inkrafttreten dieser Verfügung außer Wirkung.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Ra in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 8. 20. April. 1918.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Aenderung der Verordnung über die Tagegelder, die Fuhrkosten und die Umzugskosten der Reichsbeamten, in der Fassung vom 8. September 1910. Kaiserliche Verordnung vom 31. März 1918.

§ 1. Der Abs. 1 des § 3 der Verordnung, betreffend die Tagegelder, die Fuhrkosten und die Umzugskosten der Reichsbeamten, in der Fassung vom 8. September 1910 (Reichs-Gesetzbl, S. 993) erhält unter Ziffer 1 folgende Fassung:

„1. für Wegestrecken, die auf Eisenbahnen oder Schiffen zurückgelegt werden können,	innerhalb des Reichsgebiets	außerhalb des Reichsgebiets
a) die im § 1 unter I bis IV bezeichneten Beamten,	Mark	Mark
wenn der Fahrpreis für die erste Wagenklasse bezahlt ist	0,10	0,10
wenn der Fahrpreis für die erste Schiffsklasse bezahlt ist	0,08	0,09
sonst	0,08	0,07

Außerdem werden die tatsächlich aufzuwendenden Schnellzugszuschläge erstattet.“

§ 2. Im Abs. 3 des § 1[1]) wird der letzte Teil des Satzes dahin geändert: „. . . . ., so erhält er für diesen 0,06 Mark für das Kilometer.“

§ 3. Diese Verordnung tritt am 1. April 1918 in Kraft. Sie ist auf die vor dem 1. April 1918 begonnenen Dienstreisen anzuwenden, insofern hierbei Eisenbahnfahrten unter Geltung des Gesetzes vom 8. April 1917 (R.-G.-B. S. 329 ff.) über die Besteuerung des Personen- und Güterverkehrs zurückgelegt werden.

B. Königreich Preußen.

Neue Desinfektionsanweisung bei Ruhr. Erlaß des Ministers des Innern vom 28. Februar 1918 — M 10281 — an die Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Im Hinblick auf die bei der Ruhrbekämpfung neuerdings gewonnenen Erfahrungen und mit Rücksicht auf die durch den Krieg gebotene Sparsamkeit mit Desinfektionsmitteln und Arbeitskräften habe ich die in der Anlage enthaltene Desinfektionsanweisung bei Ruhr ausarbeiten lassen. Diese tritt für die weitere Kriegszeit und bis ein Jahr nach Friedensschluß an Stelle der bisherigen Desinfektionsanweisung bei Ruhr (Anlage 4 der Anweisungen des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten zur Ausführung des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905, Heft 5 Ruhr, übertragbare, — Dysenterie —).

Im Einvernehmen mit den Herren Ministern der Finanzen und für Handel und Gewerbe ersuche ich ergebenst, die Bezirks- und Kreismedizinalbeamten gefälligst anzuweisen, sich mit der neuen Desinfektionsanweisung alsbald vertraut zu machen und auch die Desinfektoren entsprechend zu unterweisen. Das Hauptaugenmerk ist auf größtmögliche Reinlichkeit des Kranken und seiner Umgebung und auf die sorgfältige fortlaufende Desinfektion am Krankenbett zu richten.

Sonderabdrucke der Anweisung sind für den medizinalpolizeilichen Bedarf von dem Zellengefängnis Moabit Berlin NW. 40, Lehrter Straße 3, zu beziehen.

---

[1]) Betrifft Mitnahme eines Dieners seitens der unter I und II genannten Beamten.

Krieges in Aussicht genommen. Einzelheiten können zur Zeit noch nicht angegeben und verbindliche Zusicherungen nicht gemacht werden.

Erhebung des Teuerungszuschlags zu den Arzneipreisen im Verkehr zwischen Apotheken und Krankenkassen. Bescheid des Ministers des Innern vom 28. Januar 1918 — M 5099 — an den Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen.

Auf die gefälligen Eingaben vom 7. und 17. Januar d. Js. erwidere ich ergebenst, daß im Verkehr zwischen Apotheken und Krankenkassen der Teuerungszuschlag von 20 Pf., der nach der Bekanntmachung vom 28. Dezember v. Js. (Minist. Bl. für Med. Angel. 1918 S. 2) bei jeder auf ärztliche Verordnung abgegebenen Arznei zu dem Arzneipreis erhoben werden kann,

1. auch von dem Preisabschlag getroffen wird, der nach dem Erlaß vom 5. Juni 1913 — M 5230 — Minist. Bl. für Med. Angel. S. 200) bei Arzneilieferungen gemäß § 376 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung zu gewähren ist;
2. bei Verordnung von Arzneimitteln außer Ansatz bleibt, für die gemäß § 376 Abs. 2 der Reichsversichsordnung Handverkaufspreise festgesetzt worden sind.

C. Königreich Württemberg.

Gebühren der approbierten Aerzte für die Geschäfte der Privatpraxis. Verfügung des Ministers des Innern vom 14. März 1918.

(1) Die Nummern 1, 2, 7 und 13 der Verfügung des Ministeriums des Innern vom 25. März 1899 (Reg.-Bl. S. 284) erhalten mit Wirkung vom 1. April d. Js. an bis auf weiteres folgende Fassung:

1. a) Erster Besuch des Arztes bei dem Kranken, auch wenn Sprechstundenberatung vorausgegangen ist . . . . . . 3—10 M.,
   b) jeder folgende im Verlauf derselben Krankheit . . 1,50—5 M.,
2. a) Erste Beratung eines Kranken ohne Besuch . . . 2—6 M.,
   b) jede folgende Beratung in derselben Krankheit, soweit nicht Buchstabe c zutrifft . . . . 1—3 M.,
   c) jede Beratung außerhalb der Sprechstundenzeit . . 2—6 M.

7. Für Besuche oder Beratungen, welche in der Zeit zwischen 8 Uhr abends und 7 Uhr morgens (Nachtzeit) verlangt oder notwendig werden, beträgt die Gebühr das Doppelte der in Nr. 1, 2 und 4 enthaltenen Sätze, jedoch nicht unter 4 M. Die gleichen Sätze gelten für die Besuche an Sonntag-Nachmittagen.

13. Befindet sich der Kranke außerhalb des Wohnortes des Arztes und zwar nicht unter 1 Kilometer von dessen Grenze und nicht unter 2 Kilometer von der Wohnung des Arztes entfernt, so hat der Arzt außer der Gebühr für den Besuch den Ersatz der für die Reise erwachsenen Kosten für Fahrzeug oder Reittier zu beanspruchen. Bei Benützung eines eigenen Fahrzeugs oder Reittiers ist die Entschädigung nach den ortsüblichen Preisen zu berechnen. Bei Reisen zu Fuß oder mittels Fahrrads dürfen 50 Pf. für jeden zurückgelegten Kilometer berechnet werden, wobei jeder angefangene Kilometer für voll zählt.

Bei Fahrten mit der Eisenbahn sind die Kosten der II. Wagenklasse, bei Fahrten mit dem Dampfschiff die der I. Klasse zu vergüten.

Außerdem hat der Arzt Anspruch auf Entschädigung für die durch die Zurücklegung des Weges bedingte Zeitversäumnis, und zwar 1,50—3 M. für jede angefangene halbe Stunde der für die Reise erforderlichen Zeit bis zum Höchstbetrag von 40 M. für den Tag.

(2) Die Verfügung des Ministeriums des Innern vom 16. September 1915, betreffend die Reisegebühren der approbierten Aerzte (Staatsanzeiger Nr. 209), tritt mit dem Inkrafttreten dieser Verfügung außer Wirkung.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Ra in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 8. | 20. April. | 1918.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Aenderung der Verordnung über die Tagegelder, die Fuhrkosten und die Umzugskosten der Reichsbeamten, in der Fassung vom 8. September 1910. Kaiserliche Verordnung vom 31. März 1918.

§ 1. Der Abs. 1 des § 3 der Verordnung, betreffend die Tagegelder, die Fuhrkosten und die Umzugskosten der Reichsbeamten, in der Fassung vom 8. September 1910 (Reichs-Gesetzbl, S. 993) erhält unter Ziffer 1 folgende Fassung:

	innerhalb des Reichsgebiets Mark	außerhalb des Reichsgebiets Mark
„1. für Wegestrecken, die auf Eisenbahnen oder Schiffen zurückgelegt werden können,		
a) die im § 1 unter I bis IV bezeichneten Beamten,		
wenn der Fahrpreis für die erste Wagenklasse bezahlt ist	0,10	0,10
wenn der Fahrpreis für die erste Schiffsklasse bezahlt ist	0,08	0,09
sonst	0,08	0,07

Außerdem werden die tatsächlich aufzuwendenden Schnellzugszuschläge erstattet.“

§ 2. Im Abs. 3 des § 1[1]) wird der letzte Teil des Satzes dahin geändert: „. . . . ., so erhält er für diesen 0,06 Mark für das Kilometer.“

§ 3. Diese Verordnung tritt am 1. April 1918 in Kraft. Sie ist auf die vor dem 1. April 1918 begonnenen Dienstreisen anzuwenden, insofern hierbei Eisenbahnfahrten unter Geltung des Gesetzes vom 8. April 1917 (R.-G.-B. S. 329 ff.) über die Besteuerung des Personen- und Güterverkehrs zurückgelegt werden.

B. Königreich Preußen.

Neue Desinfektionsanweisung bei Ruhr. Erlaß des Ministers des Innern vom 28. Februar 1918 — M 10281 — an die Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Im Hinblick auf die bei der Ruhrbekämpfung neuerdings gewonnenen Erfahrungen und mit Rücksicht auf die durch den Krieg gebotene Sparsamkeit mit Desinfektionsmitteln und Arbeitskräften habe ich die in der Anlage enthaltene Desinfektionsanweisung bei Ruhr ausarbeiten lassen. Diese tritt für die weitere Kriegszeit und bis ein Jahr nach Friedensschluß an Stelle der bisherigen Desinfektionsanweisung bei Ruhr (Anlage 4 der Anweisungen des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten zur Ausführung des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905, Heft 5 Ruhr, übertragbare, — Dysenterie —).

Im Einvernehmen mit den Herren Ministern der Finanzen und für Handel und Gewerbe ersuche ich ergebenst, die Bezirks- und Kreismedizinalbeamten gefälligst anzuweisen, sich mit der neuen Desinfektionsanweisung alsbald vertraut zu machen und auch die Desinfektoren entsprechend zu unterweisen. Das Hauptaugenmerk ist auf größtmögliche Reinlichkeit des Kranken und seiner Umgebung und auf die sorgfältige fortlaufende Desinfektion am Krankenbett zu richten.

Sonderabdrucke der Anweisung sind für den medizinalpolizeilichen Bedarf von dem Zellengefängnis Moabit Berlin NW. 40, Lehrter Straße 3, zu beziehen.

---

[1]) Betrifft Mitnahme eines Dieners seitens der unter I und II genannten Beamten.

Anlage.

In Abänderung der Anlage 4 der Anweisung für die Bekämpfung der übertragbaren Ruhr (Dysenterie) vom 10. August 1906 erlasse ich im Einvernehmen mit den Herren Ministern der Finanzen und für Handel und Gewerbe die nachstehende

Desinfektionsanweisung bei Ruhr.

A. Allgemeines.

1. Der Ansteckungsstoff der Ruhr ist ausschließlich in den Stuhlentleerungen enthalten; die Uebertragung der Krankheit erfolgt dadurch, daß Teile der Stuhlentleerungen durch Vermittelung der Finger, Nahrungsmittel oder anderer Gegenstände in den Mund gesunder Personen gelangen. Daher sind von Beginn bis zur Beendigung der Erkrankung die Stuhlentleerungen und die damit beschmutzten Gegenstände fortlaufend sorgfältig zu desinfizieren.

2. Die Uebertragung der Ruhr erfolgt am häufigsten durch die mit Stuhlgang beschmutzten Hände. Deshalb müssen die mit der Wartung des Kranken beschäftigten sowie die sonst mit ihm in unmittelbare Berührung kommenden Personen, bevor sie den Kranken, seine Wäsche, das Steckbecken oder andere Gegenstände, die mit Stuhlgang verunreinigt sein können, berühren, die Hände kurz in Sublimatlösung waschen, ohne sie danach abzutrocknen. Nach jeder Berührung des Kranken oder infizierter Gegenstände sind die Hände wiederum in Sublimatlösung gründlich zu waschen. Zu diesem Zweck muß eine Schüssel mit Sublimatlösung stets im Krankenzimmer stehen.

Nur wenn Sublimat nicht vorhanden ist oder wegen besonderer Empfindlichkeit der Hände nicht vertragen wird, sind schwächer wirksame Desinfektionsmittel, wie verdünntes Kresolwasser, Karbolsäurelösung oder ihre Ersatzmittel [1]) zu benutzen.

3. Die Krankenpfleger sollen unnötige Berührungen des Kranken vermeiden und darauf achten, daß sie nicht mit den Fingern ihren Mund oder ihre Nase berühren. Sie sollen beim Eintritt in das Krankenzimmer ein waschbares, wenn möglich weißes Ueberkleid (Mantel, große Schürze) anlegen. Vor jedem Verlassen des Zimmers sollen sie das Oberkleid wieder ablegen und ihre Hände desinfizieren. Für die Berührung der Leiche eines Ruhrkranken gilt dasselbe wie für die Berührung des lebenden Kranken.

4. Sehr häufig wird die Ruhr durch Fliegen übertragen, die sich auf die Stuhlgänge der Kranken und danach auf Nahrungsmittel setzen. Daher sind die Fliegen von Krankenzimmern möglichst fernzuhalten. Da dies schwer durchführbar ist, so sind die Steckbecken, mit Stuhlgang verunreinigte Wäsche usw. sowie die Nahrungsmittel durch Bedecken nach Möglichkeit vor Fliegen zu schützen. Nahrungsmittel, die nicht sogleich verzehrt oder nicht noch vor dem Genuß gekocht werden, sind in verschließbaren Schränken aufzubewahren oder mit fliegendichten Drahtnetzen zu überdecken.

5. Ruhrkranke, die an starkem Stuhldrang leiden, müssen ein Steckbecken oder Nachtgeschirr benutzen. Leichtkranke, die imstande sind, Verunreinigungen des Sitzbrettes und des Fußbodens zu vermeiden, dürfen den gemeinsamen Abort benutzen. Sie und ihre Angehörigen sind über die Uebertragungsweise der Krankheit zu belehren. Die Kranken sollen Klosettpapier benutzen und ihre Hände, wenn möglich, schon vor der Entleerung, jedenfalls aber nachher mit Sublimat waschen. Aborte, die nicht mit Wasserleitung versehen sind, sind mit einem gut schließenden Deckel zu bedecken und auch sonst sorgfältig vor Fliegen zu schützen. Dies gilt auch von den Abortgruben, Tonnen, Kübeln und Müllgruben. Es ist dafür zu sorgen, daß die Aborte gut erleuchtet und mit Klosettpapier versehen sind.

6. Krankenwagen und Krankentragen sind durch waschbare Tücher vor der Verunreinigung mit Stuhlentleerungen des Kranken nach Möglichkeit zu schützen. Ist eine Beschmutzung erfolgt, so sind die beschmutzten Stellen mit Sublimatlösung, Metallteile mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung zu desinfizieren; Decken, Kissen und Polster, soweit sie nicht mit Leder

---

[1]) Wo in dieser Anweisung von Kresolwasser oder Karbolsäurelösung gesprochen wird, sind im Falle des Nichtvorhandenseins allgemein deren Ersatzmittel anzuwenden.

überzogen sind, sind mit strömendem Wasserdampf zu desinfizieren. Droschken und andere Personenfahrzeuge, soweit sie ausnahmsweise haben benutzt werden müssen, sind in gleicher Weise zu behandeln.

B. Desinfektion am Krankenbett. (Laufende Desinfektion.)

Während der ganzen Krankheitsdauer sind die Stuhlgänge sogleich nach der Entleerung, die Wäsche beim Wäschewechsel, die anderen Gegenstände möglichst bald, nachdem sie verunreinigt sind, in folgender Weise zu desinfizieren:

1. Stuhlentleerungen werden in einem Nachtgeschirr oder Steckbecken aufgefangen, mit der gleichen Menge Kalkmilch übergossen und zugedeckt; erst nachdem sie mindestens 2 Stunden gestanden haben, dürfen sie in den Abort entleert werden. Die benutzten Geschirre sind mit Sublimatlösung auszuscheuern.

2. Bett- und Leibwäsche, zur Reinigung infizierter Gegenstände oder des Kranken benutzte Tücher, Bürsten und dergl. sowie waschbare, mit Stuhlgang verunreinigte Kleidungsstücke sind mindestens 2 Stunden lang in Gefäße mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung zu legen, so daß sie vollständig von der Flüssigkeit bedeckt sind.

Wäsche, die einer Desinfektionsanstalt übergeben werden soll, ist ohne vorherige Desinfektion in Beutel, die mit Sublimatlösung getränkt sind, zu legen und diese zur Weiterbeförderung in trockene Säcke oder dergl. zu stecken.

3. Kleidungsstücke, die nicht gewaschen werden können, Betten, wollene Decken, Matratzen, Bettvorleger, Strohsäcke und dergl. Gegenstände sind an den Stellen, die mit Stuhlgang verunreinigt sind, gründlich mit Sublimatlösung zu durchfeuchten und mittels einer Bürste abzureiben.

4. Gegenstände aus Leder oder Gummi (Stiefel, Gummischuhe und dergl.), Sammet-, Plüsch- und Stoffbezüge sowie Holzteile von Möbeln sind da, wo sie mit Stuhlgang verunreinigt sind, gründlich mit Lappen oder Bürsten abzureiben, die in Sublimatlösung getaucht sind; beschmutzte Metallteile an Bettstellen und Möbeln sind in gleicher Weise mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung zu behandeln.

5. Ist der Fußboden des Krankenzimmers, die Bettstelle, der Nachttisch oder die Wand in der Nähe des Bettes mit Stuhlgang beschmutzt worden, so ist sofort die betreffende Stelle mit Sublimatlösung gründlich abzuwaschen. Außerdem muß der Fußboden des Krankenzimmers täglich mit einem mit Sublimatlösung getränkten Scheuertuch aufgewischt werden.

6. Aborte. Nach jeder Benutzung durch den Kranken sind Sitzbrett und Deckel und, soweit sie verunreinigt sind, Wand und Fußboden mittels Lappen, die mit Sublimatlösung getränkt sind, gründlich abzuwaschen. Griffe an der Wasserspühlung und Türklinken, die von dem Kranken berührt sind, sind in derselben Weise, Metallteile mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung zu desinfizieren. Zweckmäßig werden diese Gegenstände für die Dauer der Krankheit mit Werg oder Lappen umwickelt, die täglich zweimal mit der Desinfektionslösung zu durchfeuchten sind.

Der Inhalt von Abortkübeln, -tonnen und dergl. ist, wenn sie halb gefüllt sind, mit etwa der gleichen Menge Kalkmilch zu versetzen, umzurühren und nicht vor Ablauf von 2 Stunden zu entleeren. Die Tonnen, Kübeln u. dgl. sind nach dem Entleeren auch außen reichlich mit Kalkmilch zu bestreichen.

7. Die von dem Kranken benutzten Waschbecken und Badewannen, soweit sie nicht von Metall sind, sind, bevor sie wieder von anderen Personen benutzt werden, mit Sublimatlösung, anderntalls mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung auszuscheuern, Nagelbürsten sind ½ Stunde in Sublimatlösung zu legen.

8. Der Kranke soll sein besonderes Eß- und Trinkgeschirr haben, das im Krankenzimmer verbleiben und hier gereinigt werden muß. Bevor es nach der Genesung des Kranken durch andere benutzt wird, ist es 15 Minuten lang in Wasser oder in 2prozentiger Sodalösung auszukochen. Messer, Gabeln und sonstige Geräte, die das Auskochen nicht vertragen, sind mit heißem Wasser oder heißer Sodalösung gründlich zu reinigen.

C. Schlußdesinfektion.

Wird glaubhaft nachgewiesen, daß die laufende Desinfektion vorschriftsmäßig ausgeführt ist, so darf die Schlußdesinfektion unterbleiben, sofern nicht

der beamtete Arzt ein anderes anordnet. Bei der Schlußdesinfektion werden die im Abschnitt B genannten Gegenstände in der dort angegebenen Weise desinfiziert. Die unter B Ziffer 3 genannnten Gegenstände können auch in Dampfapparaten oder mit Formaldehyd desinfiziert werden; dabei sind die nach den Desinfektionsanstalten zu befördernden Gegenstände in Tücher einzuschlagen, die mit Sublimatlösung, verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung angefeuchtet sind, und in gut schließenden, innen mit Blech ausgeschlagenen Kästen oder Wagen zu befördern.

Andere als die oben genannten Gegenstände dürfen nur mit Zustimmung des Inhabers der Wohnung einer Desinfektion unterworfen werden, es sei denn, daß der beamtete Arzt ihre Desinfektion aus besonderen Gründen eigens anordnet.

Die bei der Zulassung zur Prüfung als Säuglingspflegerin nachzuweisende Ausbildung in der Krankenpflege. Erlaß des Ministers des Innern vom 14. März 1918 — M 241 — an den Herrn Regierungspräsidenten in Cöln.

Für die Dauer des Krieges kann die Teilnahme an einem zusammenhängenden Lehrgang in der Krankenpflege in einem Hilfs- oder Reservelazarett oder die Ablegung der staatlichen Prüfung als Krankenpflegepersonal in solchen Lazaretten als gleichwertig mit der in den Prüfungsvorschriften für Säuglingspflegerinnen geforderten Teilnahme an einem halbjährigen zusammenhängenden Lehrgang in einer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule angesehen werden.

Auch bestehen keinerlei Bedenken dagegen, daß bei solchen Anwärterinnen, welche die staatliche Prüfung als Krankenpflegerin bereits etwa 1 bis 2 Jahre vor Eintritt in die Säuglingspflegeschule abgelegt haben und danach bis zum Beginn ihrer Ausbildung in Säuglingspflege dauernd in der Krankenpflege tätig gewesen sind, der Nachweis des vorschriftsmäßig zurückgelegten Lehrganges in der Krankenpflege als erbracht angesehen wird.

Anrechnung der Krankenpflegetätigkeit der Hilfsschwestern vom Roten Kreuz bei Zulassung zur Prüfung als Säuglingspflegerin. Erlaß des Ministers des Innern vom 28. März 1918 — M 974 — an den Herrn Regierungspräsidenten in Oppeln, abschriftlich an die übrigen Herren Regierungspräsidenten.

Auf den gefälligen Bericht vom 6. März d. J. — I f IX 340 — erkläre ich mich bis auf weiteres damit einverstanden, daß Hilfsschwestern vom Roten Kreuz, die den Nachweis erbringen, daß sie mindestens ein Jahr lang, einschließlich der Vorbereitung zur Hilfsschwesternprüfung, in der Krankenpflege ununterbrochen tätig gewesen sind, sofern während dieser Zeit auch eine genügende theoretische Unterweisung stattgefunden hat, nach halbjährigem Besuch einer staatlich anerkannten Säuglingspflegeschule zur staatlichen Prüfung für Säuglingspflegerinnen zugelassen werden.

C. Großherzogtum Baden.

Untersagung der Behandlung von Geschlechtskranken durch Apotheker. Verfügung des Ministeriums des Innern vom 13. März 1918.

Wie uns mitgeteilt wird, hat neuerdings die Ratserteilung an Geschlechtskranke durch Apotheker und die Abgabe aller möglichen inneren und äußeren Arzneimittel an solche ohne ärztliche Verschreibung erheblich zugenommen. Ein solches Verfahren verstößt gegen § 30 der Verordnung vom 11. September 1896/26. November 1903, betr. den Geschäftsbetrieb in den Apotheken, wonach den Apothekern die Ausübung der Heilkunde untersagt ist Wir beauftragen daher die Großh. Bezirksärzte, die Apotheker hierauf ausdrücklich hinzuweisen. Auch sind die praktischen Aerzte, insbesondere die Spezialärzte für Geschlechtskrankheiten, zu ersuchen, etwaige zu ihrer Kenntnis gelangende Verstöße der Apotheker in der bezeichneten Richtung zur Kenntnis des Bezirksarztes zu bringen, damit dieser in der Lage ist, ein geeignetes Einschreiten gegen den betreffenden Apotheker herbeizuführen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 9. 5. Mai 1918.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Grundsätze für die Erteilung und Versagung der Genehmigung von Ersatzlebensmitteln. Bekanntmachung des Staatssekretärs des Kriegsernährungsamts vom 8. April 1918.

Auf Grund von § 5 Abs. 1 der Verordnung über die Genehmigung von Ersatzlebensmitteln vom 7. März 1918 (Reichs-Gesetzbl. S. 113)[1]) werden folgende Grundsätze für die Erteilung und Versagung der Genehmigung von Ersatzlebensmitteln aufgestellt:

A. Allgemeine Gründe für Nichtgenehmigung von Ersatzlebensmitteln.

I. Schutz des Verbrauchers:

a) Gesundheitlicher Schutz:

Mittel, deren Genuß die menschliche Gesundheit zu beschädigen geeignet ist, oder solche, an deren Unschädlichkeit für den Menschen Zweifel bestehen;

verdorbene oder ekelerregende Mittel oder solche, von denen im Hinblick auf ihre Haltbarkeit oder Verpackung zu befürchten ist, daß sie verdorben sind, bis sie zum Verbrauche gelangen.

b) Wirtschaftlicher Schutz:

1. Mittel von unzweckmäßiger Zusammensetzung, in unzweckmäßiger Verpackung, von zu geringem Nähr-, Genuß- oder Gebrauchswert;

2. Mittel mit irreführender Bezeichnung oder Anpreisung, täuschender oder zweckwidriger Gebrauchsanweisung;

3. Mittel, deren Preis zu hoch ist, und zwar mit Rücksicht auf

aa) die Kosten der Rohstoffe und der Herstellung,

bb) den Nähr-, Genuß- oder Gebrauchswert.

(Ein durch teure Rohstoffe, hohe Herstellungskosten, Erfindergewinn usw. bedingter besonders hoher Preis soll nur dann als berechtigt anerkannt werden, wenn ihm ein entsprechend hoher Nähr-, Genuß- oder Gebrauchswert gegenübersteht.)

4. Mittel, deren ordnungsmäßige Herstellung aus Gründen, die in der Person des Herstellers liegen, nicht hinreichend gewährleistet ist. Als solche persönlichen Gründe kommen besonders in Betracht, daß der Hersteller bereits wegen Nahrungsmittelverfälschung bestraft ist, oder daß ihm wegen Unzuverlässigkeit der Handel mit Gegenständen des täglichen Bedarfs untersagt ist, und ähnliches.

II. Schutz der Rohstoffe.

Mittel, zu deren Herstellung in einem das dringende Erfordernis übersteigenden Maße solche Roh- oder Hilfsstoffe (auch für die Verpackung) verwendet werden,

a) die zurzeit für wichtigere Zwecke in Anspruch genommen sind, es sei denn, daß sie von der zuständigen Behörde für den vorliegenden Zweck ausdrücklich freigegeben sind,

b) deren Verwendung eine unnötige, zum Nähr-, Genuß- oder Gebrauchswert des Ersatzmittels nicht im Verhältnis stehende Verteuerung herbeiführt.

III. Schutz des Gewerbes und Handels.

Mittel, deren Bezeichnung, Verpackung, Aufmachung oder Anpreisung den Verbraucher über den Wert des Mittels im Vergleiche zu anderen dem gleichen Zwecke dienenden Mittel irrezuführen geeignet sind; s. auch I b, 4.

---

[1]) Siehe Beilage, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung, zu Nr. 7 dieser Zeitschrift, S. 24, 1918.

B. Besondere Richtlinien für die Beurteilung einzelner Gruppen von Ersatzmitteln.

1. Backpulver.

a) Backpulver sollen in der für 0,5 kg Mehl bestimmten Menge Backpulver wenigstens 2,35 g und nicht mehr als 2,85 g wirksames Kohlendioxyd enthalten; natriumbikarbonathaltige Backpulver sollen so viel kohlensäureaustreibende Stoffe enthalten, daß bei der Umsetzung rechnerisch nicht mehr als 0,8 g Natriumbikarbonat im Ueberschusse verbleiben.

b) Als kohlensäureaustreibende Stoffe sind Sulfate, Bisulfate, Bisulfite, Alaun und andere Aluminiumsalze unzulässig, desgleichen Milchsäure, sofern diese in einem mineralischen Aufsaugungsmittel enthalten ist.

c) Solange Getreidemehl oder Kartoffelmehl für Backpulver nicht freigegeben werden, ist als Trennungsmittel ein Zusatz von reinem gefällten Kalziumkarbonat bis zu 20 v. H. des Gesamtgewichts ohne Kennzeichnung zulässig. Ein höherer Zusatz dieses Stoffes oder ein Zusatz anderer mineralischer Füll- oder Trennungsmittel ist auch unter Kennzeichnung unzulässig. Kalziumsulfat und Trikalziumphosphat sind als Nebenbestandteile saurer Kalziumphosphate nicht zu beanstanden; jedoch darf die Menge des Kalziumsulfats (berechnet als kristallwasserhaltiger Gips) und des Trikalziumphosphats im Backpulver je 10 v. H. des Gesamtgewichts nicht übersteigen; der zulässige Zuzatz von Kalziumkarbonat verringert sich um die Menge des vorhandenen Kalziumsulfats und Trikalziumphosphats.

d) In Backpulvern sind Ammoniumverbindungen mit Ausnahme von Ammoniumsulfat insoweit zulässig, als ihr gesamter Ammoniakgehalt beim Backverfahren freigemacht wird, unbeschadet geringer Mengen, die durch die zulässigen sauren Salze gebunden werden.

e) Mittel von der Zusammensetzung der Backpulver müssen als „Backpulver" bezeichnet sein. Andere den Verwendungszweck angehende Bezeichnungen, wie Eierkuchenpulver, Eierkuchenbackpulver, Klößekochpulver, Eisparmittel und dergl., sind als irreführend anzusehen.

2. Ei-Ersatz und dergl.

a) Die Bezeichnung als Ei-Ersatz ist nur für solche Erzeugnisse zulässig, die das Ei sowohl in seinem Nährwert, als auch in seinem Gebrauchswert im wesentlichen zu ersetzen vermögen; Leim oder Gelatine dürfen in solchen Erzeugnissen nicht enthalten sein.

b) Mittel, die den Anforderungen unter a nicht entsprechen, dürfen nicht mit einer das Wort „Ei" enthaltenden Wortverbindung bezeichnet sein. Sofern in Anpreisungen oder Anweisungen für derartige Mittel auf Eier Bezug genommen wird, muß ausdrücklich bemerkt sein, daß sie das Ei nur in seinen färbenden oder lockernden Eigenschaften zu ersetzen vermögen. Abbildungen von Eiern oder Geflügel auf den Packungen oder den Anpreisungen und Anweisungen sind unzulässig.

c) Die unter a genannten Erzeugnisse dürfen als mineralische Triebmittel nur Backpulver bis zur Höhe von 20 v. H. des Gesamtgewichts enthalten. Für die anorganischen Bestandteile der unter b genannten Erzeugnisse gelten die gleichen Richtlinien wie für Backpulver.

d) Künstliche Färbung ist auch ohne Kennzeichnung zulässig.

3. Vanillenpulver, Vanillinaroma, Mandelaroma und dergl.

a) Als Träger für Vanillin, Mandel-, Himbeer-, Zitronenaroma oder andere Aromastoffe sind Kalziumkarbonat und andere Mineralstoffe unzulässig, mit Ausnahme von Kochsalz für Vanillin, sofern das Erzeugnis als Vanillinsalz bezeichnet ist.

b) Zur Bezeichnung von Erzeugnissen, die unter Verwendung von Vanillin hergestellt sind, ist jede das Wort „Vanille" enthaltende Wortverbindung als irreführend anzusehen.

c) Vanillinpulver, Vanillinzucker, Vanillinaroma und dergl. sollen mindestens 1 v. H. Vanillin, Vanillinsalz mindestens 2 v. H. Vanillin enthalten; Vanillinbackpulver sind nicht zuzulassen.

d) Die Verwendung von Piperonal (Heliotropin) oder Kumarin an Stelle von Vanillin für Vanillinpulver und dergl. ist unzulässig.

4. Gewürzersatz (Gewürzpulver, Gewürzwürfel und dergl.

a) Gewürzersatzmittel sind nur zugelassen, sofern sie in ihrem Würzwert nach Art und Stärke demjenigen Gewürze, das sie zu ersetzen bestimmt sind, annähernd entsprechen.

b) Nach einem bestimmten Gewürze benannte Gewürzersatzmittel dürfen nicht lediglich durch Streckung des betreffenden Gewürzes mit indifferenten Stoffen hergestellt sein.

c) Gewürzersatzmittel, die unter Verwendung auf chemischem Wege gewonnener Würzstoffe hergestellt sind, müssen als Kunsterzeugnisse gekennzeichnet sein.

d) Gewürzsalze, die unter Verwendung ätherischer Oele hergestellt sind, sind nur zuzulassen, wenn sie einen ausreichenden, der Bezeichnung entsprechenden Wurzwert haben; sonstige Gewürzersatzmittel und Gewürzmischungen dürfen nicht mehr als 50 z. H. Kochsalz enthalten.

e) Der Zusatz anderer organischer Stoffe als Kochsalz oder zum menschlichen Genuß ungeeigneter Stoffe bei der Herstellung von Gewürzersatzmitteln und Gewürzmischungen ist unzulässig, jedoch soll der Zusatz von Strohmehl oder Spelzmehl nicht beanstandet werden; der Gehalt an Sand (in 10 prozentiger Salzsäure unlöslichen Mineralstoffen) darf 2,5 v. H. des Gewichts nicht übersteigen.

5. Kunsthonig, Kunsthonigpulver, Kunsthonigessenz und dergl.

a) Kunsthonigpulver, Kunsthonigessenz und sonstige zur Bereitung von Kunsthonig bestimmte Erzeugnisse sind nur zuzulassen, sofern sie nach ihrer Beschaffenheit zu dem bezeichneten Zwecke geeignet sind.

b) Kunsthonig und zur Bereitung von Kunsthonig bestimmte Erzeugnisse müssen in ihrer Bezeichnung das Wort „Kunsthonig“ enthalten. Bezeichnungen, in denen das Wort Honig in anderer Verbindung als Kunsthonig oder der Name einer Honigsorte oder das Wort Biene oder das Wort Extrakt vorkommt sowie Umhüllungen mit Abbildungen von Bienen, Bienenstöcken, Honigwaben, oder dergl. sind als irreführend anzusehen.

c) Zur Bereitung von Kunsthonig bestimmte Erzeugnisse dürfen von anorganischen Säuren reine, nicht stärkere als vierprozentige Salzsäure oder reine Phosphorsäure — beide auch gefärbt und aromatisiert — enthalten, sofern in der einzelnen Packung nicht wesentlich mehr Säure als die zur Ueberführung von 1 kg Zucker in Kunsthonig erforderliche Menge vorhanden und eine zur Verhütung mißbräuchlicher Anwendung der Säure geeignete Gebrauchsanweisung beigegeben ist; zur Ueberführung von 1 kg Zucker in Kunsthonig genügen 5 ccm 4 prozentiger Salzsäure oder 5 ccm 25 prozentiger Phosphorsäure.

d) Andere Mineralstoffe, insbesondere auch Alaun und Bisulfate, sind als Bestandteile von Kunsthonigessenz oder Kunsthonigpulver unzulässig.

6. Marmeladenpulver, Marmeladenextrakt und dergl.

Künstliche Erzeugnisse dieser Art sind nicht zugelassen.

7. Geleepulver, Sülzepulver und dergl.

a) Unreiner Leim oder Gelatine, die den Anforderungen an Speisegelatine nicht entspricht, dürfen in Geleepulver und dergl. nicht enthalten sein.

b) Ersatzmittel zur Bereitung von Gelee oder dergl., in deren Bezeichnung auf Früchte oder bestimmte Fruchtarten hingewiesen wird, müssen als Kunsterzeugnisse (z. B. „Kunstgeleepulver“) gekennzeichnet sein. Sofern Früchte bei der Herstellung nicht verwendet worden sind, darf in der Bezeichnung auf Früchte gegebenenfalls nur in der Form „mit Himbeeraroma“ oder dergl. hingewiesen werden.

8. Puddingpulver, Speisepulver und dergl.

a) Unreiner Leim und Gelatine, die den Anforderungen an Speisegelatine nicht entsprechen, dürfen in Puddingpulver und dergl. nicht enthalten sein.

b) Mineralstoffe, mit Ausnahme von Kochsalz, sind als Zusatz zu Puddingpulver und dergl. unzulässig.

c) Bei Puddingpulver und dergl., in dessen Bezeichnung auf Früchte oder bestimmte Fruchtarten oder auf „rote Grütze“ hingewiesen wird, muß eine etwaige künstliche Färbung deutlich angegeben sein.

d) Sofern Puddingpulver oder dergl. bei der Zubereitung im Haushalt noch einen Zusatz von Zucker erfordert, muß dies und die erforderliche Menge an Zucker in einer Gebrauchsanweisung angegeben sein.

9. Würzen, Extrakte und dergl.

a) Durch Abbau von Eiweiß oder eiweißähnlichen Stoffen hergestellte Erzeugnisse, die zum Würzen von Suppen, Tunken, Gemüsen bestimmt sind („Würzen“), müssen den nachstehenden Anforderungen entsprechen:

1. Zum Abbau des Eiweißes oder der eiweißähnlichen Stoffe dürfen Salzsäure und Schwefelsäure nur als technisch reine, arsenfreie Säuren verwendet sein; Kaliumverbindungen dürfen bei der Herstellung nicht verwendet sein, Kalziumverbindungen nur zur Neutralisation und Fällung von Schwefelsäure oder zur Fällung von Sulfaten, Ammoniak oder Ammoniumverbindungen nur zum Abbau, nicht aber zur Neutralisation der Säure oder als nachträglicher Zusatz.
2. In 100 g der fertigen Würze sollen, je nachdem sie in flüssiger oder pastenartiger Form in den Verkehr gebracht wird, enthalten sein;

	bei flüssiger Würze	bei pastenartiger Würze	
mindestens	18,0 g	32,0 g	organische Stoffe,
„	2,5 g	4,5 g	Gesamtstickstoff,
„	1,0 g	1,8 g	Aminosäurenstickstoff,
höchstens	23,0 g	50,0 g	Kochsalz.

Für trockne Würzen gelten die gleichen Mindestgehalte, wie für pastenartige, ihr Kochsalzgehalt soll 55 v. H. nicht übersteigen; sofern solche Würzen diesen Anforderungen nicht entsprechen, sollen sie aber den Anforderungen und Bestimmungen im § 2 der Bundesratsverordnung über Fleischbrühwürfel und deren Ersatzmittel vom 25. Oktober 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 969) genügen, also z. B. der Vorschrift, daß ihrer handelsüblichen Bezeichnung das Wort „Ersatz“ beigefügt sein muß.

b) Durch Ausziehen pflanzlicher oder tierischer Stoffe hergestellte Erzeugnisse, die zum Würzen von Suppen, Tunken, Gemüsen bestimmt sind, aber den Anforderungen unter a 2 nicht entsprechen, dürfen nicht als „Würze“ — für sich oder in Wortverbindungen — bezeichnet sein; als „Auszug“ oder „Extrakt,“ dürfen sie nur dann bezeichnet sein, wenn zugleich der Rohstoff angegeben ist, aus dem sie durch Ausziehen hergestellt sind. Ihr Kochsalzgehalt darf den bei Würze entsprechender Form zugelassenen nicht übersteigen.

c) Würzen und Auszüge (Extrakte), die bei der Geschmacksprüfung einen unzulänglichen Würzwert aufweisen, sind nicht zugelassen. Zur Geschmacksprüfung sind bei flüssigen Erzeugnissen 3,5 g, bei pastenartigen Erzeugnissen 2,0 g in 100 ccm warmen Wasser, gegebenenfals unter Zusatz von Kochsalz, aufzulösen.

10. Salatwürze, Salattunke und dergl.

Derartige Erzeugnisse sind nur zuzulassen, wenn die Bezeichnung den deutlichen und in die Augen fallenden Zusatz „ohne Oel“ enthält, und wenn im übrigen weder durch die Bezeichnung, Anpreisung oder Gebrauchsanweisung, noch durch die Aufmachung (Gefäßform, Abbildungen, Bezettelung usw.) auf Oel oder Salatöl hingewiesen wird.

11. Tee-Ersatz.

a) Tee-Ersatzmittel, die in erheblicher Menge gesundheitlich bedenkliche oder wertlose Pflanzenteile enthalten, sind nicht zugelassen.

b) Tee-Ersatzmittel, deren Bezeichnung oder Umhüllung den Anschein zu erwecken geeignet ist, daß sie aus echtem Tee (Thea chinensis) bestehen, sind als irreführend bezeichnet anzusehen.

Zugehörigkeit zu den Ersatzlebensmitteln. Bekanntmachung des Kriegsernährungsamts vom 8. April 1918.

Auf Grund von § 1 Abs. 2 der Verordnung über die Genehmigung von Ersatzlebensmitteln vom 7. März 1918 (Reichs-Gesetzbl. S. 113) werden folgende Grundsätze aufgestellt:

I. Ersatzlebensmittel im Sinne der Verordnung vom 7. März 1918 sind alle Lebensmittel, die dazu bestimmt sind, Nahrungs- oder Genußmittel in gewissen Eigenschaften oder Wirkungen zu ersetzen.

II. Unerheblich für die Zuordnung eines Mittels zu den Ersatzlebensmitteln im Sinne der Verordnung ist:

1. die Frage, ob und inwieweit das Mittel tatsächlich geeignet ist, ein anderes Lebensmittel zu ersetzen;
   es kann diesem in der Zusammensetzung, im Nähr- oder Genußwert, im Gehalt an den einzelnen Nähr- oder Genußstoffen mehr oder weniger nahekommen (Kunsthonig), oder es kann bei wesentlich anderer Zusammensetzung nur einzelne Eigenschaften oder Wirkungen des zu ersetzenden Lebensmittels haben (Backpulver für Hefe, Malzkaffee für Kaffee);
2. die Darbietungsform des Mittels;
   es kann dem zu ersetzenden Lebensmittel äußerlich und in der Anwendungsart mehr oder weniger ähnlich sein (Kunsthonig, Bierersatz), oder es kann auf einer anderen Stufe der Zubereitung und in einer anderen Form dem Verbraucher dargeboten werden (Kunsthonigpulver, Kunsthonigessenz, Gewürzwürfel, Tunkenpulver);
3. die Bezeichnung des Mittels;
   es kann ausdrücklich als „Ersatz“ oder dergleichen bezeichnet sein, oder die Zweckbestimmung kann aus dem sonstigen Inhalt der Bezeichnung, aus Abbildungen, aus der Bezettelung, der Ankündigung, der Gebrauchsanweisung oder aus anderen Umständen hervorgehen; auch ein Mittel, das in der Bezeichnung und der äußeren Form dem zu ersetzenden Lebensmittel gleicht, kann als Ersatzlebensmittel gelten, wenn es in der Art und Menge der zu seiner Herstellung verwendeten Rohstoffe von dem normalen Lebensmittel abweicht;
4. die Frage der Neuheit des Mittels;
   es kann bereits in der Friedenszeit hergestellt und verwendet worden sein (Kaffee-Ersatz, Backpulver), oder es kann ein neuartiges Erzeugnis bilden (Muschelwurst, Gewürzwürfel).

III. Ausgenommen sind unvermischte Naturerzeugnisse, die ihrem Ursprung entsprechend in bekömmlicher, handelsüblicher Weise bezeichnet und nicht als Ersatz für andere Lebensmittel festgehalten oder angepriesen werden, wie Blätter einer einzelnen Pflanzenart, z. B. Brombeerblätter (auch in zerkleinerter Form als Tee), Wildgemüse, Tapiokamehl, Wickenmehl, Robbenfleisch (auch in geräuchertem Zustande).

IV. Zu den Ersatzlebensmitteln im Sinne der Verordnung gehören danach unter anderen folgende Gruppen von Mitteln: Fleischersatzmittel, Würste, Sülzen und Puddinge aus Ziegenfleisch, Kaninchenfleisch, Geflügelfleisch, Robbenfleisch, Fischen, Muscheln, Krustentieren, Fleischextraktersatzmittel, Würzen, Brühwürfel, Sülzewürfel und -pulver, Tunkenwürfel und -pulver, Suppen in trockner Form, Ei-Ersatzmittel, Butterpulver, Kunstspeisefett, Ersatzmittel zum Brotaufstrich, Milchpulver mit Zusätzen, Schlagsahneersatzmittel, Käseersatzmittel, Käsegeschmackmittel, Backpulver, Speisepulver, Puddingpulver, Paniermehl-Ersatzmittel, Kunsthonig, Pulver, Extrakte und Essenzen zur Bereitung von Kunsthonig, künstliche Marmeladen, Gelees und Muse, Pulver, Extrakte und Essenzen zur Bereitung von Marmelade, Gelee oder Mus, künstliches Fruchtaroma in Form von Pulver oder Essenz, künstliche Fruchtsäfte, künstliche Limonaden und zu ihrer Herstellung bestimmte Gemische (Sirupe und ähnliche), Vanillinpulver, sonstige Aromapulver, Gewürzersatzmittel, gestreckte Gewürze, Gewürzwürfel, sogenannte Nährsalze und mit solchen zubereitete Lebensmittel, Speiseölersatzmittel, Salatwürzen, Salattunken, fertige Tunken, Kaffee-Ersatzmittel, Tee-Ersatzmittel, Kakaoersatzmittel, Schokoladenersatzmittel, Extrakte, Essenzen, Würfel und Pulver zur Bereitung von Ersatzgetränken aller Art, auch von alkoholfreiem Punsch und Grog, Bierersatzmittel, Likörersatzmittel, alkoholfreie Liköre, Rum-, Arrak- und Kognakersatzmittel, alkoholfreier Punsch und Grog. Obstmostersatzmittel (Kunstmostansatz), gestreckte Konservierungsmittel für Lebensmittel.

Der Umstand, daß eine Ware in diesem Verzeichnis nicht aufgeführt ist, berechtigt nicht zu der Annahme, daß sie nicht zu den Ersatzlebensmitteln zu rechnen ist.

Anfragen bei Zweifeln, ob eine Ware zu den Ersatzmitteln gehört, sind an das Kriegsernährungsamt Berlin zu richten.

B. Königreich Preußen.

Erstattung der Schnellzugszuschläge sowie Gewährung eines Fahrkostenzuschlages bei Dienstreisen der Staatsbeamten. Erlaß des Finanzministers und des Ministers des Innern vom 21. März 1918 — F. M. I 3047 II — /8. April 1918 — M. d. I. Ia 464 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Zum 1. April wird eine Erhöhung der Eisenbahnfahrpreise eintreten. Ein Gesetzentwurf über Erhöhung der Eisenbahnfahrkosten bei Dienstreisen der Staatsbeamten, der dieser Erhöhung Rechnung tragen soll, hat noch nicht verabschiedet werden können. Auf Grund des § 8 des Reisekostengesetzes vom 26. Juli 1910 (Gesetzsamml. S. 150) ermächtige ich die pp. . ., für die unter Geltung des Reichsgesetzes vom 8. April 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 329 ff.) über die Besteuerung des Personen- und Güterverkehrs zurückgelegten Dienstreisen, d. i. vom 1. April 1918 an, neben den Reisekostenentschädigungen des geltenden Rechts zu ersetzen:

1. die besonderen Schnellzugszuschläge, welche betragen:

bei einer Reise von	1. und 2 Klasse	3. Klasse
1— 75 km	1,00 M.	0,50 M.
76—150 „	2,00 „	1,00 „
151—350 „	3,00 „	1,50 „
über 350 „	4,00 „	2,00 „

(nicht zu verwechseln mit den in meinem Erlaß vom 17. Oktober 1917 — I 10024 — behandelten besonderen Ergänzungsbeträgen);

2. für jeden km einer auf Eisenbahnen oder Schiffen zurückgelegten Wegestrecke einen Fahrkostenzuschlag von 1 Pf.

Diese Mehrzahlungen sind in der Reisekostenrechnung besonders kenntlich zu machen.

Verhütung von Trichinoseerkrankungen infolge Genusses von Auslandsfleisch. Erlaß des Ministers des Innern vom 12. April 1918 — M 10639 — an die Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an den Herrn Polizeipräsidenten in Berlin.

In den letzten Wochen sind in verschiedenen Gegenden Preußens Trichinoseerkrankungen in größerer Zahl festgestellt worden; auch die Todesfälle an Trichinose haben sich vermehrt. Stets ergaben die Feststellungen, daß aus dem Auslande eingeführtes Fleisch, vornehmlich geräucherter Schinken und Wurst, den Anlaß zur Erkrankung geben hatten. Die beschuldigten Fleischwaren stammten insbesondere aus ehemals russischen Gebietsteilen und aus Belgien.

Unter Bezugnahme auf meinen Erlaß vom 3. August 1917 — M 12658 — ersuche ich daher ergebenst, die Bevölkerung nochmals eindringlich davor zu warnen, Auslandsfleisch, das nicht amtlich auf seine Genußtauglichkeit untersucht ist, sowie unter Verwendung solchen Fleisches hergestellte Zubereitungen, insbesondere Schinken und Würste, anders als in gekochtem oder durchgebratenem Zustande zu genießen.

Ernährung der Hauskranken, insbesondere der tuberkulösen, sowie Zulagen für Mütter und Säuglinge. Erlaß des preußischen Staatskommissars für Volksernährung vom 24. Februar 1918. — VIa 344 — an die Herren Oberpräsidenten, die Herren Regierungspräsidenten und die Staatliche Verteilungsstelle für Groß-Berlin.

Zahlreiche Anträge und Beschwerden aus städtischen und ländlichen Kreisen lassen erkennen, daß die Vorschriften über die Zulagen für Mütter und Säuglinge sowie für die Hauskranken, namentlich auch für die tuberkulösen, nicht überall befolgt und vielfach nicht sinngemäß ausgelegt werden. In Ergänzung meiner Runderlasse vom 2. März, 11. Juni, 13. Juni, 28. August und 9. November 1917[1]) mache ich daher nochmals auf folgende Gesichtspunkte aufmerksam, nach welchen die Zulagen für die oben erwähnten Bevölkerungsgruppen zu regeln sind:

---

[1]) Siehe Beilage Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung 1917; S. 55, 180, 150 und 1918, S. 16.

A.

Die im Runderlasse vom 11. Juni 1917 — VI a 2938 — aufgestellten Zulagensätze für werdende und stillende Mütter und Säuglinge sind als Mindestsätze anzusehen und daher, soweit irgend möglich, einzuhalten oder zu erhöhen. Dementsprechend geht die Zulagengewährung an diese Gruppen derjenigen an alle anderen Bevölkerungsklassen, auch an die Kranken, vor.

Die Kommunalverbände (Gemeinden) haben insbesondere nach Möglichkeit an Säuglinge täglich 50 g Zucker auszugeben und in einer entsprechenden Mehrmenge von Weizenmehl und Nährmitteln Ersatz zu leisten, sobald die stillenden Mütter und die Säuglinge ihre volle Milchration nicht erhalten können.

Ich ersuche die Herren Regierungspräsidenten, ständig darüber zu wachen, daß die Kommunalverbände und Gemeinden für die Zulagen dieser Gruppe, ausreichende Lebensmittelmengen bereitstellen, wobei ich darauf aufmerksam mache, daß über die Milchversorgung der Mütter und Säuglinge, namentlich bei Nichtselbstversorgern in kleinen Städten und auf dem Lande, vielfach geklagt wird. Besondere Zuweisungen von zentraler Stelle können nicht erfolgen.

Ich empfehle dringend, den Gemeinden die geltenden Bestimmungen in der zusammengefaßten Form eines Merkblatts nahe zu bringen, wie dies seitens einiger Kommunalverbände bereits mit Erfolg geschehen ist.

B.

Im Gegensatz zu der Versorgung der unter A genannten Gruppe hat sich die der Hauskranken, also auch der tuberkulösen Hauskranken, im Rahmen der allgemeinen Versorgung zu vollziehen. Soweit sich daher ohne empfindliche Verkürzung der den übrigen Versorgungsberechtigten zustehenden Rationen und Zulagen die Normalsätze des Erlasses vom 9. November 1917 nicht erreichen lassen, auch ein Ausgleich durch Ersatznahrungsmittel nicht möglich ist, müssen die Zulagen unter den Normalsätzen bleiben. In vielen Kommunalverbänden wird es jedoch bei den Hauskranken gelingen, im Wege genauester Berechnung des Nahrungsmittelbedarfs durch den behandelnden Arzt und durch die Prüfungsstelle für jeden einzelnen Fall eine Krankenauswahl herbeizuführen, welche den einer besonderen Zulage Bedürftigen in ihren vollen Genuß setzt. In dieser Beziehung weise ich besonders auf die Ratschläge des Direktors des Virchow-Krankenhauses in Berlin, Geheimen Medizinalrats Dr. Kuttner, in der beigefügten Broschüre hin. Sie kann auch ganz allgemein als ärztlicher Ratgeber für die Attestprüfungsstellen warm empfohlen werden. Je zwei Druckexemplare sind jedem Kommunalverband unmittelbar übersandt worden, weitere können von dem Verlage bezogen werden.

Die von einigen Stellen gegen die Normalsätze des Erlasses vom 9. Nov. erhobenen Bedenken dürften sich durch die vorstehenden Ausführungen erledigen. Der Herr Staatssekretär des Kriegsernährungsamts, auf dessen Anordnung der Erlaß beruhte, hat sich jedoch, wie seinerzeit schon hervorgehoben, auch damit einverstanden erklärt, daß außer der möglichst differenzierten Zulagenbemessung für jeden einzelnen Krankheitsfall, bei den tuberkulösen Hauskranken von vorn herein eine Gruppeneinteilung nach dem Stadium der Krankheit und dem entsprechenden Nahrungsmittelbedarf von den ärztlichen Prüfungsstellen vorgenommen wird; wobei er auf die Regelung in der Stadt Dresden aufmerksam macht, welche in einem demnächst erscheinenden Aufsatz in den „Beiträgen zur kommunalen Kriegswirtschaft“ geschildert wird.

Daß namentlich, wo Ansteckungsgefahr vorliegt, die Anstaltspflege der Hausbehandlung grundsätzlich vorzuziehen und in allen geeigneten Fällen anzustreben ist, ist selbstverständlich.

C.

Die Versorgung der sogenannten Privatkliniken und Sanatorien ist in Groß-Berlin dahin geregelt, daß die notwendigen Lebensmittelkarten oder Bezugsscheine nach der jeweiligen durchschnittlichen Belegung auf zwei bis vier Wochen im voraus zugewiesen werden unter der Verpflichtung, daß die Anstaltsleitung den Verbrauch durch die nachträgliche Ablieferung der entsprechenden Lebensmittelkarten nachweist, widrigenfalls

die Begünstigung sofort aussetzt. Bei den Schwierigkeiten, welche erfahrungsgemäß der hinreichenden Verpflegung der neuaufgenommenen Kranken in den ersten Tagen dadurch erwachsen, daß viele von ihnen nicht sämtliche erforderlichen Lebensmittelkarten sofort mitbringen oder aber, daß — wie bei Nährmitteln, Kartoffeln, Fett und Zucker — die auswärts ausgestellten Karten nicht ohne weiteres verwertbar sind, wird sich ein ähnliches Verfahren da empfehlen, wo die Verwaltung solcher Anstalten der Gemeinde genügende Sicherheit für richtige und vollständige Angaben bietet. Neben dieser technischen Erleichterung stelle ich den Kommunalverbänden und Gemeinden anheim, solchen Privatkliniken, welche lediglich chronisch schwer erkrankte oder operierte bezw. entbundene Personen aufnehmen, nötigenfalls auch gelegentliche Sonderzuweisungen nach Maßgabe der vorhandenen Mittel zu gewähren. Diesen müssen jedoch unter allen Umständen die Zuweisungen für die öffentlichen und die ihnen gleichgestellten Krankenanstalten vorangehen. (Vergl. meine Erlasse vom 2. März 1917.)

Ich mache noch besonders darauf aufmerksam, daß die Bestimmungen des Erlasses vom 9. November 1917 — VIa 4815 — unter Ziffer I nur auf die öffentlichen und die ihnen gleichgestellten Anstalten, nicht aber auf die privaten Heil- und Pflegeanstalten, einschließlich der Privatkliniken und Sanatorien Anwendung finden. Ihre Insassen unterliegen vielmehr ebenso wie die Hauskranken dem Attestzwang und den allgemeinen Meldevorschriften.

Erleichterung der Wäschebeschaffung für Lungenkranke. Bescheid des Ministers des Innern vom 31. Januar 1918 — M. N. 5138 (gez. Kirchner) — an das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose.

Auf das gefällige Schreiben vom 12. Januar d. J. — J. Nr. 56/18 = erwidere ich ergebenst, daß ich Anordnung dahin getroffen habe, daß die Tuberkulose-Fürsorgestellen auch insoweit als Krankenanstalten zu betrachten sind, als sie die in ihrer Häuslichkeit verbleibenden Tuberkulosekranken leihweise mit Web-, Wirk- und Strickwaren versehen. Vorbedingung ist, daß die Wäschestücke stets Eigentum der Fürsorgestellen bleiben.

Aerztliche Versorgung der Lungenheilstätten. Bescheid des Preußischen Kriegsministeriums, Med.-Abt., vom 19. Januar 1918 — Nr. 475 1. 18. S. D. — an das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose.

In Beantwortung des dortigen Schreibens M. 13956 vom 5. 1. 18 beehre ich mich zu erwidern, daß der ärztlichen Versorgung der Lungenheilstätten ständig die größte Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Einer weitergehenden Berücksichtigung, die in der Zurückstellung von Aerzten über die bisher den Heilstätten belassene Zahl hinaus ihren Ausdruck finden müßte, kann voraussichtlich nicht stattgegeben werden.

Der dauernd steigende Bedarf des Feldheeres an Aerzten stellt fortgesetzt größere Anforderungen an die Heimat. Es müssen daher bisher noch nicht im Feldheer verwandte „k. v.“ Aerzte allmählich für dieses verfügbar gemacht werden.

Ich habe Vorsorge getroffen, daß über die noch nicht verwandten „k. v.“ Aerzte der Lungenheilstätten nur im Austausch gegen vollwertigen Ersatz verfügt wird.

Ebenso soll nach wie vor Reklamationen in begründeten Einzelfällen, wenn es die Ersatzfrage und die Stellungnahme der Feldstellen gestattet, entsprochen werden.

Euer Exzellenz versichere ich, daß ich der hier erörterten Frage dauernd meine größte Aufmerksamkeit zuwenden werde, da ich die Wichtigkeit der ärztlichen Versorgung der Lungenheilstätten für die gerade in dieser Zeit besonders wichtige Bekämpfung der Tuberkulose voll anerkenne.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 10. 20. Mai 1918.

Rechtsprechung.

Die Empfehlung einer bestimmten Apotheke durch einen Arzt ist unzulässig. Urteil des Oberlandesgerichts in Marienwerder vom 30. November 1918.

Die Klage auf Unterlassung kann auf § 823, Abs. 2, B.G.B. gestützt werden, da eine unerlaubte Handlung vorliegt. Das Medizinaledikt von 1725, das den Aerzten verbietet, einen Apotheker „vor den anderen vorzuschlagen und zu rekommandieren", und das Edikt von 1798, durch welches das erstere wieder in Erinnerung gebracht worden ist', haben die Kraft von Gesetzen und sind auch durch die spätere Gesetzgebung nicht aufgehoben (vgl. Entscheidung des Oberverwaltungsgerichtes Bd. 31, S. 282. Insbesondere sind die Edikte, soweit sie das in Rede stehende Verbot betreffen, nicht etwa durch § 38 der Revidierten Apothekerordnung vom 11. Oktober 1801 und durch die Bestimmungen der Gewerbeordnung aufgehoben. Die Edikte haben daher hinsichtlich des fraglichen Verbotes noch jetzt Gültigkeit. Beide Edikte sind Schutzgesetze im Sinne des § 823, Abs. 2, B.G.B., weil sie mit dem Verbote neben dem Schutze der höheren Interessen der Allgemeinheit auch den Schutz der Apothekenbesitzer vor unlauterer Konkurrenz beabsichtigen. Die Klage auf Unterlassung ist daher begründet, weil der Beklagte der Verbotsbestimmung zuwidergehandelt hat und die begründete Besorgnis einer Wiederholung der Zuwiderhandlung besteht. Die Empfehlung einer bestimmten Apotheke ist nicht verbotswidrig, wenn es sich um den Bezug gewisser, im allgemeinen nur in dieser Apotheke stets vorrätig gehaltener Mittel handelt, wohl aber dann, wenn es sich um Mittel handelt, die in den anderen Apotheken zu haben sind, namentlich wenn der Arzt keinen besonders gerechtfertigten Grund für diese Empfehlung angeben kann. Apotheker-Zeitung; 1918.

Medizinal-Gesetzgebung.

Deutsches Reich.

Grundsätze für die Regelung des Hebammenwesens. Beschlüsse des Bundesrats vom 6. November 1917, den einzelnen Bundesstaaten durch Rundschreiben des Reichskanzlers vom 22. November 1917 zur weiteren Veranlassung mitgeteilt.

1. Erfordernisse für die Zulassung zur Ausbildung für den Hebammenberuf.

(1) Es sollen zur Ausbildung nur Personen zugelassen werden, die

a) das 20. Lebensjahr zurückgelegt und das 30. Lebensjahr noch nicht überschritten haben,

b) die erforderliche körperliche und geistige Tauglichkeit zum Hebammenberuf besitzen, insbesondere nicht schwanger sind und nicht an Krankheiten oder Körperfehlern leiden, die sie an der Ausübung des Hebammenberufs hindern oder ihre Pflegebefohlenen schädigen könnten.

c) eine erfolgreich abgeschlossene Volksschulbildung oder eine gleichartige andere Bildung erworben haben und durch eine Prüfung nachweisen, daß sie die auf der Schule erworbenen Kenntnisse noch besitzen,

d) ein behördliches Leumundszeugnis beibringen und außerehelich nicht geboren haben.

(2) Nur in Ausnahmefällen darf von diesen Erfordernissen abgesehen werden.

(3) Die Leiter der Hebammenausbildungsstätten sollen Personen, die sich im Laufe der Ausbildungszeit als ungeeignet erweisen, entlassen.

2. Art und Dauer des Hebammenunterrichts.

(1) Der Unterricht hat sich zu erstrecken

a) an der Hand des Hebammenlehrbuchs auf den Bau und die Verrichtungen des menschlichen, insonderheit des weiblichen Körpers, auf die allgemeine Krankheitslehre, auf die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett nach ihrem regelmäßigen Verlauf und ihren Abweichungen, ferner auf die Verrichtungen und das Verhalten der Hebammen dabei,

b) auf die wichtigsten Frauen- und Säuglingskrankheiten,

c) auf die Ernährung und Pflege des gesunden Säuglings.

(2) Die Ausbildung in diesen Gegenständen soll sich möglichst auf Anschauung gründen. Es ist anzustreben, die Lehrgänge nur in solchen Anstalten stattfinden zu lassen, in denen ein ausreichend großes Material nicht nur von stationären, sondern auch von poliklinischen Geburten vorhanden ist, so daß für jede Hebammenschülerin mindestens zehn Anstaltsentbindungen und womöglich zwei poliklinische Entbindungen zur Verfügung stehen, bei denen sie selbsttätig Beistand leisten kann.

(3) Der Unterricht soll sich außerdem erstrecken auf

a) die Dienstanweisung für die Hebammen und

b) die übrigen auf Hebammen bezüglichen Gesetze und Vorschriften, deren Abdruck dem Lehrbuch beizugeben ist.

(4) Die Dauer der Lehrgänge beträgt mindestens neun Monate, die durch allgemeine Urlaubserteilungen nicht gekürzt werden dürfen.

3. Prüfungen.

Die Prüfungen, in denen sich die Hebammenschülerinnen über ihre Kenntnisse und Fertigkeiten in den unter Ziffer 2 genannten Gegenständen auszuweisen haben, sind praktisch, mündlich und schriftlich. Sie finden unter dem Vorsitz eines Regierungsvertreters statt. Bei ungenügendem Bestehen dürfen die Prüfungen nach einer von der Prüfungskommission zu bestimmenden weiteren Ausbildungszeit einmal wiederholt werden.

4. Nachprüfungen.

Zweck der Nachprüfungen ist, festzustellen, ob die Hebammen noch die erforderliche körperliche, geistige und sachliche Befähigung zur Ausübung ihres Berufs besitzen. Sie sind von den Hebammen mindestens alle zwei Jahre vor dem beamteten Arzte, wenn möglich unter Zuziehung des Hebammenlehrers oder eines sonst geeigneten Facharztes, abzulegen. Sie sollen den Charakter der Belehrung und Beratung tragen Bei ungenügendem Ausfall sind sie nach einer von dem beamteten Arzte zu bestimmenden Frist zu wiederholen. Bei abermaligem ungenügenden Ausfall haben die Hebammen so bald wie möglich einen Fortbildungslehrgang durchzumachen.

5. Fortbildungslehrgänge.

Diese Lehrgänge bilden eine Wiederholung des ersten Lehrganges unter Hervorhebung der wichtigsten Gegenstände des Hebammenlehrbuchs. Sie sind von mindestens 14 tägiger Dauer. Zu ihnen sind alle Hebammen mindestens alle zehn Jahre, vom Tage der bestandenen Prüfung an gerechnet, einzuberufen.

6. Anmeldung der Ausübung und der Einstellung des Berufs.

(1) Die Ausübung des Berufs ist von den Hebammen, soweit sie nicht durch die Behörde unter Mitwirkung des beamteten Arztes bestellt werden, vor dem Beginn oder Wiederbeginn und in Fällen des Wohnungswechsels bei der zuständigen Behörde und beim beamteten Arzte anzumelden. Ebenso ist die Einstellung des Berufs anzumelden.

(2) Der Wiederbeginn nach einer mehr als zweijährigen Unterbrechung der Berufstätigkeit ist nur zulässig, nachdem die Hebammen vor dem beamteten Arzte eine Nachprüfung abgelegt haben. Bei ungenügendem Ausfall dieser Nachprüfung ist ihnen die Ablegung eines Fortbildungslehrgangs aufzuerlegen.

7. Verbot der Anpreisung.

Jede standesunwürdige Anpreisung ist den Hebammen verboten.

8. Verhalten gegen Behörden und Aerzte.

(1) Den vorgesetzten Behörden und Beamten haben die Hebammen Achtung und Gehorsam zu erweisen.

(2) Den Anordnungen der Aerzte, mit denen sie beruflich tätig sind, haben sie Folge zu leisten, soweit dies nicht gegen die Bestimmungen der Dienstanweisung verstößt. Jeder Beeinflussung behufs Wahl eines bestimmten Arztes haben sie sich zu enthalten.

9. Pflicht zur Hilfeleistung.

(I) Bei Berufungen von verschiedenen Seiten für dieselbe Zeit haben die Hebammen sich, wenn ein Fall besonders dringend ist, zunächst dorthin zu wenden, sonst aber die Aufträge nach der Reihenfolge ihres Eingangs zu erledigen. Diejenigen, denen die Hebammen nicht zu Diensten sein können, haben sie an andere Hebammen zu verweisen. Hat die Geburt bei ihrer Ankunft noch nicht begonnen, so sind sie gehalten, falls sie wieder fortgehen sollten, von Zeit zu Zeit nach der Gebärenden zu sehen und diese zu benachrichtigen, wenn sie durch unaufschiebbare Zwischengeschäfte von den Besuchen abgehalten sein sollten. Hat aber die Geburt bereits begonnen, so dürfen sie, abgesehen von außerordentlichen und dringenden Notfällen, nicht früher fortgehen, als dies ohne Gefahr für Mutter und Kind geschehen kann.

(2) Im übrigen ist Vorsorge zu treffen, daß Hebammen in ausreichender Zahl vorhanden sind, die einem Rufe nach geburtshilflichem Beistand jederzeit ohne Unterschied des Standes und Vermögens sofort Folge zu leisten haben. Es ist erforderlich, daß den Hebammen in denjenigen Fällen, in denen sie pflichtmäßig geburtshilflichen Beistand geleistet haben, und die Kosten von der Entbundenen oder deren Angehörigen trotz geeigneter Bemühungen der Hebammen nicht bezahlt werden, diese aus öffentlichen Mitteln gezahlt werden.

10. Tagebuchführung.

Ueber die von ihnen geleiteten Geburten, einschließlich der unzeitigen, haben die Hebammen ein Tagebuch zu führen, das jährlich abzuschließen und dem beamteten Arzte vorzulegen ist.

11. Verhalten bei Todesfällen und gewissen Krankheiten.

(1) Bei Todesfällen unter den ihrer Pflege unterstehenden Schwangeren, Gebärenden oder Wöchnerinnen haben die Hebammen sofort dem beamteten Arzte Anzeige zu erstatten.

(2) Bei Erkrankungsfällen gilt folgendes:

a) Tritt im Wochenbett bei einer Pflegebefohlenen Fieber[1]) ein, so haben die Hebammen auf die schleunige Zuziehung eines Arztes zu dringen, sofort den beamteten Arzt zu benachrichtigen und sich, Notfälle ausgenommen, der Berufsausübung zu enthalten, insoweit sie nicht der beamtete Arzt wieder gestattet. Die Hebammen dürfen die Erkrankte bis zur Entscheidung des beamteten Arztes weiterpflegen.

b) Treten Nabelentzündung, Wundrose, Wundstarrkrampf, Augenentzündung oder Schälblasen bei einem Neugeborenen auf, so haben die Hebammen sofort den beamteten Arzt zu benachrichtigen, eine Berührung des Neugeborenen zu meiden und auf die schleunige Zuziehung eines Arztes zu dringen. Bei Wundrose und Schälblasen haben sich die Hebammen außerdem, Notfälle ausgenommen, der Berufsausübung zu enthalten, insoweit nicht der beamtete Arzt sie wieder gestattet.

c) Tritt eine übertragbare Krankheit, ausgenommen die nachstehend unter e) bezeichneten Krankheiten, in der Familie der Hebammen oder in der Familie einer ihrer Pflegebefohlenen auf, wie z. B. Kindbettfieber, Wundrose, Wundstarrkrampf, Scharlach, Diphtherie, Schälblasen der Neugeborenen, so haben die Hebammen sofort den beamteten Arzt zu benachrichtigen. Die Hebammen haben sich außerdem, wenn die Erkrankung in ihrer Familie sich ereignet hat, Notfälle ausgenommen, der Berufsausübung ohne weiteres zu enthalten, insoweit nicht der beamtete Arzt sie wieder gestattet. Sie haben sich der Berufsausübung auch dann zu enthalten, wenn die Erkrankung in der Familie einer ihrer Pflegebefohlenen sich ereignet hat, jedoch nur unter der Voraussetzung, daß der beamtete Arzt dies anordnet.

d) Haben die Hebammen selbst an den Händen eiternde Wunden oder Geschwüre oder leiden sie sonst an Eiterungen, übelriechenden oder krankheitsverdächtigen Ausflüssen, an Wundrose, Hautausschlägen, Syphilis oder an einer anderen übertragbaren Krankheit oder liegt der Verdacht

[1]) Das Nähere bestimmen die Landesregierungen.

auf Syphilis bei ihnen vor, so haben sie sofort den beamteten Arzt zu benachrichtigen und sich, Notfälle ausgenommen, der Berufsausübung zu enthalten, insoweit nicht der beamtete Arzt sie wieder gestattet.

e) Leidet eine Pflegebefohlene an Syphilis oder an örtlichen übertragbaren Krankheiten der Geschlechtsteile oder erfolgen aus den Geschlechtsteilen der Pflegebefohlenen verdächtige Ausflüsse, so sollen die Hebammen innere Untersuchungen unterlassen, ihre Hände vor Ansteckung schützen und auf die schleunige Zuziehung eines Arztes dringen.

(3) Wenn Hebammen trotz Vorliegens einer der vorbezeichneten Krankheiten in einem Notfall nach den vorstehenden Grundsätzen ihren Beruf ausüben, haben sie sich mit der äußeren Untersuchung der Gebärenden zu begnügen.

(4) Haben die Hebammen Grund zu der Annahme, daß eine Gebärende noch vor der erfolgten Entbindung sterben werde oder daß der Tod schon unerwartet eingetreten ist, oder müssen sie annehmen, daß eine ihrer Pflege unterstehende Schwangere in den letzten Monaten ihrer Schwangerschaft sterben werde, so haben sie auf die sofortige Zuziehung eines Arztes zu dringen.

(5) Handelt es sich in den vorgenannten Fällen um eine übertragbare Krankheit oder sind die Hebammen sonst mit Personen, die an übertragbaren Krankheiten leiden, oder mit unsauberen oder ansteckungsverdächtigen Gegenständen in Berührung gekommen, so haben sie alsbald nach dem mit Ansteckungsgefahr oder Beschmutzung verbundenen Vorgang die erforderlichen Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen vorzunehmen.

(6) Die Hebammen haben, wenn die von ihnen vorschriftsmäßig angeratene Zuziehung eines Arztes verzögert oder verweigert wird, hiervon sofort den beamteten Arzt zu benachrichtigen.

12. Verbot unbefugter Behandlung.

Die durch das Hebammenlehrbuch und sonstige Bestimmungen gesteckten Grenzen ihrer Tätigkeit haben die Hebammen streng einzuhalten. Zu den ihnen verbotenen Maßnahmen gehört die Anwendung von Mitteln oder Apparaten zur Verhütung der Empfängnis.

13. Pflicht zur Warnung vor der Behandlung seitens Unberufener und vor dem Gebrauch abergläubischer oder schädlicher Mittel.

Vor der Behandlung durch nicht staatlich approbierte Personen und vor dem Gebrauch abergläubischer, veralteter oder schädlicher Mittel haben die Hebammen zu warnen.

14. Pflicht, für das Selbststillen der Säuglinge zu wirken.

Die Hebammen sollen es sich angelegen sein lassen, auf die Mütter dahin zu wirken, daß sie ihr Kind selbst stillen. Bestehen Zweifel über die Möglichkeit des Selbststillens, so sollen sie die Zuziehung eines Arztes anraten.

15. Entbindungen in der Wohnung der Hebammen.

Hebammen, die eine Schwangere in ihre Wohnung zur Entbindung aufnehmen, bedürfen hierzu der Erlaubnis der zuständigen Behörde, sofern sie nicht gemäß § 30 Abs. 1 der Gew.-O. für das Deutsche Reich im Besitze der gewerbepolizeilichen Genehmigung zum Betrieb einer Privatentbindungsanstalt sind.

16. Nebenbeschäftigungen.

Die Hebammen haben Beschäftigungen nach Möglichkeit zu meiden, die geeignet sind, die Gebrauchsfähigkeit ihrer Hände im Hebammenberuf zu beeinträchtigen oder durch die Uebertragung ansteckender Stoffe eine Gefährdung der Gesundheit von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen herbeizuführen. Auch ist ihnen die Empfehlung, der Verkauf und die Abgabe von Mitteln oder Apparaten zur Verhütung der Empfängnis und von Nährpräparaten für Säuglinge verboten.

17. Beaufsichtigung.

Die Hebammen sind einer fortlaufenden Aufsicht durch den beamteten Arzt zu unterstellen. In angemessenen Zwischenräumen sind sie außerdem von dem beamteten Arzt unvermutet in ihrer Wohnung behufs Kontrolle ihrer Berufsausübung aufzusuchen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 11. 5. Juni. 1918.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Ernennung landsturmpflichtiger approbierter Aerzte zu Kriegs-Assistenzärzten auf Widerruf. Allerhöchster Erlaß (a) und Erlaß des Kriegsministers (b) vom 3. Mai 1918.

a. Auf den Mir gehaltenen Vortrag bestimme Ich:

Die nach Meiner Order vom 9. November 1914 (A. V. Bl. S. 413) im Heeressanitätsdienste verwendeten landsturmpflichtigen Aerzte dürfen für die weitere Dauer des Krieges unter Beachtung der nachstehenden Bestimmungen zur Ernennung zu Kriegs-Assistenzärzten auf Widerruf vorgeschlagen werden.

1. Die Kriegs-Assistenzärzte auf Widerruf haben im allgemeinen die Rechte und Pflichten der Assistenzärzte des Beurlaubtenstandes. Sie sind aber nicht befugt, die Disziplinarstrafgewalt auszuüben und unterstehen nicht den Ehrengerichten der Sanitätsoffiziere.

2. Zu Kriegs-Assistenzärzten auf Widerruf können für die weitere Dauer des Krieges landsturmpflichtige Aerzte vorgeschlagen werden, die nach dem schriftlich abzugebenden Urteile (Dienstzeugnis) der militärischen und militärärztlichen Vorgesetzten dazu geeignet sind, die Stellung eines Vorgesetzten im Sanitätsdienste zu bekleiden.

Für Aerzte, die lediglich im Lazarettdienste beschäftigt sind, ist das Urteil des militärärztlichen und das des nächsten militärischen Vorgesetzten des Lazaretts maßgebend.

Vorschläge zur Ernennung sind Mir auf dem militärärztlichen Dienstwege vorzulegen.

3. Landsturmpflichtige, die in ihrem Zivilberuf approbierte Aerzte sind und zum Heeresberuf bisher nicht einberufen wurden, sind in Zukunft im Falle der Einziehung zunächst 8 Wochen als Militärkrankenwärter militärisch und im Lazarettdienst auszubilden. Nach Ablauf dieser Zeit können sie zur Ernennung zu Kriegs-Assistenzärzten auf Widerruf vorgeschlagen werden, wenn sie das in Ziffer 2 vorgesehene Dienstzeugnis erlangen.

4. Die Kriegs-Assistenzärzte auf Widerruf tragen die Felduniform der Assistenzärzte der Landwehr mit den von Mir genehmigten Abweichungen.

5. Landsturmpflichtige, die in ihrem Zivilberuf approbierte Aerzte sind, sich zur Ernennung zu Kriegs-Assistenzärzten auf Widerruf aber nicht eignen, stehen nach Maßgabe ihrer Kriegsbrauchbarkeit zum Waffendienste zur Verfügung.

Das Kriegsministerium hat das Weitere auch wegen der Gebührnisse zu veranlassen. Bisher schon im Kriegsdienste stehende landsturmpflichtige Aerzte sollen in ihren Gebührnissen keine Einbuße erleiden.

b. Vorstehende Allerhöchste Kabinetts-Order wird im Anschluß an die Erlasse vom 26. November 1914 (A. V. Bl. S. 413) und vom 8. Januar 1917 (A. V. Bl. S. 12) mit folgendem zur Kenntnis der Armee gebracht:

I. Zu 2: Die Vorschläge zur Ernennung zu Kriegs-Assistenzärzten auf Widerruf erfolgen durch die Vorschlagslisten auf dem militärärztlichen Dienstwege nach Weisung des Generalstabsarztes der Armee.

II. Zu 4: Seine Majestät der Kaiser und König haben folgende Abweichungen von der Uniform der Assistenzärzte der Landwehr zu genehmigen geruht:

a) An den Feldachselstücken, gleichlaufend mit dem unteren Rand und 1 cm davon entfernt zwei blaue mit den Landesfarben durchzogene seidene Schnuren.

Proben des Feldachselstücks werden durch das Armee-Verwaltungs-Departement des Kriegsministeriums ausgegeben.

b) Die Kragenplatten und die Stickerei an der Bluse fallen fort.

c) Kriegs-Assistenzärzte auf Widerruf, die das 35. Lebensjahr vollendet haben und mit einer Stabsarztstelle beliehen sind, tragen an den Kragen beiderseits je zwei mattvergoldete Sterne, und zwar außen am oberen und unteren Ende je einen Stern; alle übrigen in der Mitte je einen Stern.

d) Die jetzt vorhandenen grauen Joppen (Erlaß vom 14. September 1914 — Nr. 6161/8. 14. MA —), denen die vorstehend unter a bezeichneten Feldachselstücke hinzutreten, dürfen aufgetragen werden.

III. Die Gebührnisse der bisher mit Kriegsstellen auf Widerruf beliehenen landsturmpflichtigen Aerzte werden durch vorstehende Allerhöchste Kabinetts-Order nicht geändert.

Die in Ziffer 3 der vorstehenden Allerhöchsten Kabinetts-Order genannten Personen erhalten nach der Ernennung zu Kriegs-Assistenzärzten auf Widerruf die Gebührnisse der Assistenzärzte gemäß Allerhöchster Kabinetts-Order vom 19. September 1916 (A. V. Bl. S. 397), die 35 Jahre und darüber alten, mit einer Stabsarztstelle beliehenen jedoch monatlich 370 M. (mobil) oder 310 M. (immobil) nach § 8d der Kriegs-Besoldungsvorschrift.

IV. Den etwa erforderlichen Widerruf der Ernennung verfügen die Generalkommandos und die mit gleicher Befehlsbefugnis ausgestatteten Kommandobehörden selbständig.

B. Königreich Preußen.

Maßnahmen zur Verhütung einer Einschleppung des Fleckfiebers durch Arbeiter aus bisher russischen Gebietsteilen. Erlaß des Ministers des Innern vom 20. April 1918 — M 10584 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Infolge des Friedensschlusses mit Rußland und der Ukraine werden zahlreiche Arbeiter aus bisher russischen Gebietsteilen in nächster Zeit nach Deutschland eingeführt werden. Da in jenen Gebieten das Fleckfieber stark verbreitet ist, so wächst damit die Gefahr einer Einschleppung dieser gefährlichen Seuche. Um dem nach Möglichkeit vorzubeugen, soll von der Einführung polnischer Juden künftig ganz abgesehen werden, da unter diesen das Fleckfieber besonders stark herrscht, auch wird ein Teil der ausländischen Arbeiter einer 17tägigen ärztlichen Beobachtung und Sanierung (Entlausung) in den für sie bestimmten Sammelstellen der Deutschen Arbeiter-Zentrale unterworfen. Für die aus Polen einzuführenden Arbeiter ist aber nach wie vor nur die Sanierung an der Grenze durchführbar.

Ich weise deshalb erneut darauf hin, daß das eigenste Interesse der Arbeitgeber es dringend erheischt, daß alle ausländischen Arbeiter entsprechend meinem Erlaß vom 15. April 1915 — M 10912 — alsbald nach ihrer Ankunft ärztlich untersucht und, soweit nötig, geimpft und entlaust werden. Auch ist es wichtig, daß darauf geachtet wird, daß die Arbeiter dauernd läusefrei bleiben, da in einer Gruppe verlauster Arbeiter das Fleckfieber schnell große Verbreitung finden kann, während unter läusefreien Arbeitern seine Einschleppung entweder überhaupt keinen Schaden anrichtet oder höchstens zu ganz wenigen Erkrankungen führt. Noch jüngst hat der Ausbruch von Fleckfieberepidemien unter den verlausten russischen bezw. polnischen Arbeitern in einigen landwirtschaftlichen und industriellen Betrieben zu schweren Schädigungen dieser Betriebe durch lange dauernden Ausfall zahlreicher Arbeitskräfte und mehrfache Todesopfer unter den leitenden deutschen Persönlichkeiten geführt.

Ich ersuche daher, die Arbeitgeber des dortigen Bezirks, in deren Betrieben ausländische Arbeiter aus dem Osten Beschäftigung finden, durch die nachgeordneten Polizeibehörden auf die drohende Gefahr und die Notwendigkeit peinlicher Beobachtung der oben erwähnten Abwehrmaßregeln hinzuweisen.

Richtlinien für Aerzte zum eigenen Schutz bei der Behandlung von Fleckfieberkranken. Erlaß des Ministers des Innern vom 3. Mai 1918 — M 10714 — an die Herren Regierungspräsidenten, Abdruck zur gefälligen Kenntnisnahme und weiteren Veranlassung wegen der Provinzialkrankenanstalten an die Herren Oberpräsidenten.

In den letzten Monaten haben sich die Fälle gehäuft, in denen Medizinalbeamte und Aerzte bei der Behandlung von Fleckfieberkranken sich mit Fleckfieber infiziert haben.

Hieran trägt einerseits die mangelnde Bekanntschaft der deutschen Aerzte mit dem bei uns bisher sehr seltenen Fleckfieber, anderseits aber ihr pflichteifriges Bestreben, möglichst bald eine sichere Diagnose zu stellen, und eine gewisse Sorglosigkeit bei der Untersuchung und Behandlung der Kranken die Schuld.

Ich habe deshalb Richtlinien für Aerzte zum eigenen Schutze bei der Behandlung von Fleckfieberkranken ausarbeiten lassen und übersende 5 Abdrucke davon für den dortigen Dienstgebrauch mit dem ergebensten Ersuchen, den Bezirks- und Kreismedizinalbeamten die Befolgung der Richtlinien besonders zur Pflicht zu machen. Den praktischen Aerzten wird die Druckanlage durch die Aerztekammer zugehen.

Sonderabdrucke für die Landräte, die Kreisärzte (Kreisassistenzärzte) und die Magistrate der kreisfreien Städte sowie zur Abgabe an Pflegepersonen bei Gelegenheit von Fleckfieberepidemien folgen anbei. Weitere Abdrucke stehen bei Bedarf zur Verfügung.

Anlage.

Richtlinien für Aerzte zum eigenen Schutz bei der Behandlung von Fleckfieberkranken; zusammengestellt in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern.

Bei Fleckfieberkranken und -verdächtigen kommt es weniger darauf an, sofort eine nach jeder Richtung hin gesicherte Diagnose zu stellen, als vielmehr darauf, den Kranken mit möglichster Beschleunigung unter einwandfreie hygienische Verhältnisse und sachverständige Pflege zu bringen und seine Umgebung gegen die Infektion mit Fleckfieber zu schützen. Diese Verzögerung der Diagnosestellung ist um so weniger bedenklich, als eine spezifische Behandlung des Fleckfiebers nicht bekannt ist und auch bei den differentialdiagnostisch in Frage kommenden Krankheiten, wie Influenza, Unterleibstyphus, Rückfallfieber, Masern und Pocken, nicht in Betracht kommt oder doch nicht (Typhus) unbedingt sofort geboten ist.

Fleckfieberverdacht muß angenommen werden, wenn Personen, die entweder selbst mit Läusen behaftet sind oder zu verlausten Personen Beziehung gehabt haben, mit schnell ansteigendem Fieber von 29,5 bis 40° C, eventuell Schüttelfrost, schwerem Krankheitsgefühl und katarrhalischen Erscheinungen der Luftwege erkranken. Oft bleibt es bei diesen an Influenza mahnenden Symptomen im Beginn oder auch für die ganze Dauer der Krankheit, und lediglich die Temperaturkurve und der positive Ausfall der Weil-Felixschen Reaktion ermöglichen dann eine sichere Diagnose. Ein Milztumor besteht meist (jedoch nicht immer) im Beginn der Erkrankung und führt leicht zur Annahme eines Abdominaltyphus. Das charakteristische Exanthem tritt erst vom 3. Tage der Erkrankung an auf und sichert dann gewöhnlich durch sein charakteristisches Aussehen und seine Verteilung über den ganzen Körper, besonders an den Armen, Beinen, Handflächen und Fußsohlen, die Diagnose.

Da das Fleckfieber durch Läuse übertragen wird, so ist jede eingehendere Untersuchung und vor allem auch die Entnahme einer Blutprobe zur Anstellung der Weil-Felixschen bezw. Widalschen Reaktion zunächst zu unterlassen, da gerade hierbei der Arzt einer innigeren Berührung mit den Kranken und damit der größten Infektionsgefahr ausgesetzt ist. Ihre Vornahme kommt im allgemeinen noch früh genug, wenn sie

nach der sofort zu veranlassenden Ueberführung des Kranken in ein Krankenhaus und nach erfolgter Entlausung und Bekleidung des Kranken mit neuer Leibwäsche erfolgt. Fleckfieberkranke werden zweckmäßig in Eisenbettstellen gelegt und das Krankenzimmer kühl gehalten, weil die gegen Kälte empfindlichen Läuse, die etwa noch an dem Kranken haften, dann unter der warmen Bettdecke bleiben und nicht so leicht auf Personen übergehen, die an das Bett treten, die kühle Zimmerluft auch dem hochfiebernden Kranken wohltut.

Können Untersuchung und Blutentnahme aus besonderen Gründen nicht aufgeschoben werden, so ist dabei die größte Vorsicht gegen das Ankriechen von Läusen geboten. Auch eine Berührung mit den Personen der Umgebung des Kranken ist möglichst zu vermeiden, da auch sie bereits fleckfieberinfizierte Läuse an sich haben können, und schon eine kurze Berürung bezw. Streifen des Rocks des Arztes an der Bekleidung oder dem Bett verlauster Personen ein Uebergehen der Läuse ermöglichen kann. Deshalb ist es erwünscht, daß der Arzt schon beim ersten Besuch bei einem Fleckfieberkranken oder -verdächtigen ein Ueberkleid aus hellem, möglichst glattem Stoff anlegt, das den ganzen Oberkörper einschließlich der Arme deckt und an den Handgelenken fest anschließt. Die Bettdecke des Kranken darf nur vorsichtig zurückgeschoben, nie hastig hochgeschlagen werden, weil hierdurch Läuse fortgeschleudert und auf die am Bett stehenden Personen, ja infolge des entstehenden Luftzuges auch über einen größeren Umkreis hin verstreut werden können.

Hat der Arzt die Empfindung, daß ihm trotz aller Vorsicht eine Laus angekrochen ist, so hat er so bald wie möglich ein Vollbad zu nehmen und saubere Leibwäsche anzulegen; die abgelegte Wäsche ist am besten sofort zu kochen oder ebenso wie der Anzug in heißer Luft oder im Dampfdesinfektionsapparat oder durch schweflige Säure oder Schwefelkohlenstoff zu entlausen.

Auch dem Pflegepersonal ist gleiche Vorsicht bei Fleckfieberkranken zur Pflicht zu machen.

Das Zimmer, in dem der Kranke vor der Verbringung ins Krankenhaus gelegen hat, ist, sobald der Kranke es verlassen hat, zu verschließen und bis zur Ausführung der Desinfektion bezw. Entlausung verschlossen zu halten; auf keinen Fall dürfen Sachen aus ihm entfernt oder das Bett des Kranken von einer anderen Person benutzt werden, ehe nicht das Zimmer von einem staatlich geprüften Desinfektor gründlich desinfiziert und entlaust ist.

Umfang der Malariaverbreitung in Preußen seit Kriegsausbruch. Erlaß des Ministers des Innern vom 4. April 1918 — M 10016 II — an die Herren Regierungspräsidenten.

Mit Bezug auf den Erlaß vom 19. Januar 1917 — M 10132 —.

Beifolgend übersende ich zur gefälligen Kenntnisnahme eine Uebersicht über den Umfang der Malariaverbreitung in Preußen seit Kriegsausbruch. [1]) Ich ersuche ergebenst, der Malaria gefälligst weiterhin Aufmerksamkeit zuwenden zu lassen und insbesondere die Kreismedizinalbeamten und praktischen Aerzte in geeigneter Weise darauf hinzuweisen. Ueber den Umfang der Malariaerkrankungen will ich gefälliger erneuter Berichterstattung zum 1. Januar 1919 ergebenst entgegensehen.

---

[1]) Nach dieser Uebersicht, von deren Abdruck hier Abstand genommen ist, sind im ganzen 1038 Malariafälle vorgekommen (620 bei Militärpersonen, 61 bei Gefangenen und 354 bei Zivilpersonen, von den 148 in der Heimat infiziert sind). Außerdem sind im Kreise Pleß noch 770, im Stadt- und Landkreis Emden 701 und in Wilhelmshaven 45 Fälle, sowie 66 Parasitenträger festgestellt.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 12. 20. Juni. 1918.

Medizinal-Gesetzgebung.

Königreich Preußen.

Maßnahmen zur Verhütung der Einschleppung von Seuchen, besonders von Fleckfieber, durch die aus dem ehemals russischen Reiche kommenden Zivilgefangenen, Rückwanderer und Arbeiter. Erlaß des Ministers des Innern vom 18. Mai 1918 — M 11015 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Da es sich herausgestellt hat, daß die ursprünglich in Aussicht genommene 23- bezw. 17 tägige Quarantäne für alle aus dem ehemals russischen Reiche nach Deutschland kommenden Zivilgefangenen, Rückwanderer deutscher Abstammung und Arbeiter nicht durchführbar ist, ist mit dem Oberbefehlshaber Ost vereinbart worden, daß an ihre Stelle eine 10 tägige Beobachtung tritt, während deren für eine mehrfache gründliche Entlausung der Betreffenden Sorge getragen werden wird; ergänzt soll diese Maßnahme durch eine ärztliche Untersuchung beim Grenzübergang nach Deutschland werden. Durch diese vereinfachte Maßnahme, der unter dem Zwang der Verhältnisse von mir zugestimmt werden mußte, ist die Gefahr einer Einschleppung von Seuchen, besonders von Fleckfieber, nach Deutschland größer geworden. Um ihr nach Möglichkeit zu begegnen, ersuche ich, auf alle in Betracht kommenden Stellen mit allem Nachdruck hinzuwirken, daß alle aus den ehemals zu Rußland gehörenden Gebieten eintreffenden Zivilgefangenen (Auslandsflüchtlinge), Rückwanderer und Arbeiter entsprechend meinen Erlassen vom 15. April 1915 — M 10912 — und vom 20. April 1918 — M 10584 — alsbald nach ihrer Ankunft am Bestimmungsort ärztlich auf das Vorhandensein von Infektionskrankheiten, besonders Cholera, Pocken und Fleckfieber, sowie auf die Anwesenheit von Läusen untersucht und, wenn nötig, gegen Pocken geimpft und entlaust werden, daß sie ferner noch drei Wochen unter Beobachtung gestellt und während dieser Zeit in längstens 8 tägigen Zwischenräume von einem Arzt auf ihren Gesundheitszustand geprüft werden. Auch ist sämtlichen Arbeitgebern dringend ans Herz zu legen, daß sie bei allen Erkrankungen aus dem ehemals russischen Reich stammender Arbeiter (auch solcher, die zunächst nicht den Verdacht von Fleckfieber begründen) sofort ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen und auch ihrerseits den Arzt bitten, besonders auf das Vorhandensein von Fleckfieber seine Aufmerksamkeit zu richten. Für die Entlausungen können, wo Desinfektionsapparate nicht zur Verfügung stehen, mit Hilfe von Lokomobilen und Dampfkesselanlagen sowie unter Verwendung von großen, gut gefugten Fässern und fest gefugten Kästen und Kisten Behelfsapparate leicht hergerichtet werden. Ich erwähne bei dieser Gelegenheit, daß von seiten des Zentralkomitees des Roten Kreuzes einige fahrbare Desinfektionsapparate zur Verfügung gestellt werden können. Auch ist es den Kreisen erneut nahezulegen. daß sie im Interesse ihrer Kreiseingesessenen fahrbare Desinfektionsapparate beschaffen.

Auch für die Herrichtung von Badegelegenheiten an allen Stellen, an denen ausländische Arbeiter beschäftigt werden, ist schon in Interesse der Gesundheit und Kräftigerhaltung dieser Leute Sorge zu tragen.

Fragebogen für die Erhebung über besondere Vorkommnisse bei den öffentlichen Impfungen. Erlaß des Ministers des Innern vom 21. Mai 1918 — M 10566 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Den alljährlichen Berichten über die bei den öffentlichen Impfungen gemachten Wahrnehmungen ersuche ich fortan den anliegenden, im Kaiserlichen Gesundheitsamte neu zusammengestellten Fragebogen gefälligst zugrunde zu legen.

Anlage.

Fragebogen für die Erhebung über besondere Vorkommnisse bei den öffentlichen Impfungen.

A. Im allgemeinen.

1. Wann wurden die Impfungen begonnen? Wann beendet?
2. Welcher Art waren die Räumlichkeiten, in welchen die Impfungen vorgenommen wurden?
   (Waren sie Teile einer Privatwohnung oder lagen sie in öffentlichen Lokalen und Anstalten? Erschienen sie zweckdienlich?
   Stand für die Vollziehung der Impfungen ein vom Wartezimmer abgesonderter Raum zur Verfügung?
3. Haben Witterungseinflüsse bestanden, welche den Gang der Impfungen störten?
4. Haben ansteckende Krankheiten, wie Diphtherie, Fleckfieber, übertragbare Genickstarre, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, rosenartige Entzündungen, Scharlach oder Typhus in größerer Verbreitung während der Impfzeit geherrscht?
   Haben ihretwegen die Impfungen unterbrochen werden müssen?
   Ist die Verbreitung dieser Krankheiten durch die Impfungen begünstigt, sind namentlich bestimmte Fälle dabei erfolgter Uebertragung bekannt geworden?
5. Waren die Impfärzte beamtete oder nicht?
6. Sind seitens der Ortspolizeibehörden die Impflisten ordnungsmäßig geführt worden?
   War im Impftermin ein Beauftragter der Polizeibehörde bezw. ein Lehrer anwesend?

B. Im Besonderen.

7. Unter Benutzung welcher Instrumente wurde geimpft?
   Wie wurden die Instrumente keimfrei gemacht?
   Wie viele Impfschnitte wurden ausgeführt?
8. Woher stammte der Impfstoff?
   Bot der Impfstoff Besonderheiten dar?
9. Sind nach der Impfung Erkrankungen oder Todesfälle vorgekommen, welche der Impfung zur Last zu legen sind? Wie viele?
   Sind namentlich beobachtet worden Fälle von
   a) starker Entzündung der Haut in der Umgebung der Impfpusteln?
   b) Anschwellung oder Entzündung der benachbarten Lymphdrüsen?
   c) Entzündung oder Eiterung des Unterhautzellgewebes?
   d) Erysipel (Früh- oder Spät-Erysipel)?
   e) Verschwärung oder brandige Beschaffenheit der Impfpusteln?
   f) Blutvergiftung (Pyämie, Septicämie)?
   g) chronischen Hautausschlägen (Ekzem usw.)?
   h) Syphilis?
   i) Auftreten von Pockenpusteln bei dem Impfling außerhalb des Impffeldes?
   k) Auftreten von Impfpusteln bei Personen in der Umgebung des Impflings?
10. Wegen welcher Krankheiten erfolgte die Zurückstellung? (Angabe der Zahlen, getrennt nach Erst- und Wiederimpflingen)
11. Hat eine beachtenswerte Tätigkeit der Impfgegner stattgefunden? Mit welchen Erfolge?
12. Sind zwangsweise Vorführungen von Kindern zur Impfung erforderlich gewesen?
    Wie oft?

Wohnungsgesetz. Gesetz vom 28. März 1918.

Artikel 1. Baugelände.

Das Gesetz, betreffend die Anlegung und Veränderung von Straßen und Plätzen in Städten und ländlichen Ortschaften, vom 2. Juli 1875 (Gesetzsamml. S. 561) wird dahin geändert:

1. Im § 1 erhält a) der Abs. 1 folgende Fassung:

(1) Für die Anlegung oder Veränderung von Straßen und Plätzen (auch Gartenanlagen, Spiel- und Erholungsplätzen)

in Städten und ländlichen Ortschaften sind die Straßen- und Baufluchtlinien vom Gemeindevorstand im Einverständnisse mit der Gemeinde oder deren Vertretung, dem öffentlichen Bedürfnis entsprechend unter Zustimmung der Ortspolizeibehörde festzusetzen.

b) der Abs. 2 folgende Fassung:

(2) Die Ortspolizeibehörde kann die Festsetzung der Fluchtlinien verlangen, wenn die von ihr wahrzunehmenden polizeilichen Rücksichten oder ein hervorgetretenes Bedürfnis nach Klein- oder Mittelwohnungen die Festsetzung fordern; im letzteren Falle bedarf sie jedoch der Einverständniserklärung der Kommunalaufsichtsbehörde.

c) der Abs. 4 folgende Fassung:

(4) Die Straßenfluchtlinien bilden regelmäßig zugleich die Baufluchtlinien, das heißt die Grenzen, über welche hinaus die Bebauung ausgeschlossen ist. Aus besonderen Gründen kann aber eine hinter die Straßenfluchtlinie zurückweichende Baufluchtlinie festgesetzt werden.

2. Im § 2 erhält der Abs. 1 folgende Fassung:

(1) Die Festsetzung von Fluchtlinien (§ 1) kann für einzelne Straßen, Straßenteile und Plätze (auch Gartenanlagen, Spiel- und Erholungsplätze) oder, nach dem voraussichtlichen Bedürfnisse der näheren Zukunft, durch Aufstellung von Bebauungsplänen für größere Grundflächen erfolgen.

3. Im § 3 a) erhält der Abs. 1 folgende Fassung:

(1) Bei Festsetzung der Fluchtlinien ist auf das Wohnungsbedürfnis sowie die Förderung des Verkehrs, der Feuersicherheit und der öffentlichen Gesundheit Bedacht zu nehmen, auch darauf zu halten, daß eine Verunstaltung der Straßen und Plätze sowie des Orts- und Landschaftsbildes nicht eintritt.

b) wird als Abs. 3 folgende Vorschrift hinzugefügt:

(3) Im Interesse des Wohnungsbedürfnisses ist ferner darauf Bedacht zu nehmen, daß in ausgiebiger Zahl und Größe Plätze (auch Gartenanlagen, Spiel- und Erholungsplätze) vorhanden sind, daß die Möglichkeit gegeben ist, an geeigneter Stelle Kirchen- u. Schulbauten zu errichten, daß für Wohnzwecke Baublöcke von angemessener Tiefe und Straßen von geringerer Breite entsprechend dem verschiedenartigen Wohnungsbedürfnisse geschaffen werden, und daß durch die Festsetzung Baugelände entsprechend dem Wohnungsbedürfnisse der Bebauung erschlossen wird.

4. Im § 5 erhält a) der Abs. 1 folgende Fassung:

(1) Die Zustimmung der Ortspolizeibehörde (§ 1) darf nur versagt werden, wenn die von ihr wahrzunehmenden polizeilichen Rücksichten oder ein hervorgetretenes Bedürfnis nach Klein- oder Mittelwohnungen (§ 3 Abs. 3) die Versagung fordern. Soweit die Zustimmung wegen eines hervorgetretenen Bedürfnisses nach Klein- oder Mittelwohnungen versagt wird, bedarf es des Einverständnisses der Kommunalaufsichtsbehörde.

b) der Abs. 3 folgenden Zusatz:

Soweit ein solches Ansuchen auf ein hervorgetretenes Bedürfnis nach Klein- oder Mittelwohnungen gestützt wird, darf es nur im Einverständnisse mit der Kommunalaufsichtsbehörde ergehen.

5. § 11 erhält folgende Fassung:

Mit dem Tage, an welchem die in § 8 vorgeschriebene Offenlegung beginnt, tritt die Beschränkung des Grundeigentümers, daß Neubauten, Um- und Ausbauten über die Fluchtlinie hinaus versagt werden können, endgültig ein. Gleichzeitig erhält die Gemeinde das Recht, die durch die festgesetzten Straßenfluchtlinien für Straßen und Plätze (auch Gartenanlagen, Spiel- und Erholungsplätze) bestimmte Grundfläche dem Eigentümer zu entziehen.

6. Im § 12 werden a) im Abs. 2

I. im Satz 1 und Satz 2 das Wort „Bezirksrats“ ersetzt durch das Wort „Bezirksausschusses“,

II. im Satz 2 die Worte „einer Präklusivfrist von einundzwanzig Tagen“ ersetzt durch die Worte „einer Ausschlußfrist von zwei Wochen“;

b) als Abs. 4 bis 7 folgende Vorschriften eingestellt:

(4) Von dem Verbote kann Dispens erteilt werden, falls ein Bedürfnis für Klein- oder Mittelwohnungen besteht, begründete Aussicht vorhanden ist, daß der Eigentümer diesem Bedürfnisse durch den Bau entsprechender, gesunder und zweckmäßig eingerichteter Wohnungen Rechnung trägt, und falls kein überwiegendes berechtigtes Gemeindeinteresse entgegensteht. Weist die Ge-

meinde nach, daß geeignete Maßnahmen ergriffen sind, um dem Bedürfnisse für Klein- oder Mittelwohnungen durch Errichtung von Häusern mit höchstens einem Obergeschoß über dem Erdgeschoß ausreichend Rechnung zu tragen, und ist die Gewähr gegeben, daß diese Maßnahmen auch zur Durchführung gelangen werden, so darf der Dispens zur Errichtung von Gebäuden mit mehr Stockwerken nicht erteilt werden.

(5) Ist durch Gemeindebeschluß bestimmt, daß erst nach Zahlung oder Sicherstellung der gemäß § 15 dieses Gesetzes oder gemäß § 9 des Kommunalabgabengesetzes vom 14. Juli 1893 (Gesetzsamml. S. 152) von der Gemeinde festgesetzten Beiträge Wohngebäude errichtet werden dürfen, so darf der Dispens vor erfolgter Zahlung oder Sicherstellung nicht erteilt werden.

(6) Ueber die Erteilung des Dispenses beschließt im Streitfalle der Bezirksausschuß.

(7) Unter den gleichen Voraussetzungen kann der Bezirksausschuß beschließen, daß die Gemeinde, soweit sie eine öffentliche Wasserleitung, Ableitung der Schmutzwässer oder Beleuchtung als Gemeindeanstalt unterhält, den Eigentümern nach Maßgabe der allgemeinen örtlichen Bestimmungen die Benutzung dieser Anstalt gewährt.

Nr. 7—11 enthalten Bestimmungen über Entschädigung wegen Beschränkung der Baufreiheit (Entziehung des Rechts der Bebauung, Heranziehung zu den Straßenkosten usw., die in gesundheitlicher Hinsicht keine Bedeutung haben.

12. Als § 15a werden folgende Vorschriften eingestellt:

(1) Durch Ortsstatut kann bestimmt werden, daß die im vorstehenden Paragraphen und im § 9 des Kommunalabgabengesetzes vom 14. Juli 1893) Gesetzsamml. S. 152) geregelten Beiträge sowie die im § 6 daselbst bezeichneten Gebühren für Gebäude an Straßen, die ihrer Lage und Ausstattung nach für Wohnungen der Minderbemittelten besonders geeignet erscheinen und für den Ausbau mit Häusern mit höchstens einem Obergeschoß über dem Erdgeschosse bestimmt sind (Kleinwohnungsstraßen), ganz oder teilweise erlassen oder gestundet werden können, sofern die Gebäude hauptsächlich für Wohnungen der bezeichneten Art oder für gemeinnützige Einrichtungen zugunsten der Minderbemittelten (Kinderfürsorge, Fortbildung, Erholung und dergleichen) bestimmt sind. Wird die Zweckbestimmung der Gebäude später geändert, so können von dem jeweiligen Eigentümer des Grundstücks die Beiträge und Gebühren nachträglich verlangt werden, soweit sie erlassen oder noch gestundet sind.

(2) Das Ortsstatut kann hinsichtlich der Straßen, Gebäude und der Wohnungen die Voraussetzungen näher festsetzen, unter denen die Vergünstigung eintritt.

Nr. 13 und 14 interessieren hier nicht.

Artikel 2. Enteignung mit Rücksicht auf das Wohnungsbedürfnis.

Soweit zur Befriedigung des Bedürfnisses nach Mittel- und Kleinwohnungen oder für die Gesundung von Wohnvierteln, Häuserblocks und dergleichen der erforderliche Grund und Boden bis zum 31. Dezember 1926 im Enteignungsweg in Anspruch genommen werden muß, wird die Zulässigkeit der Enteignung durch den Minister der öffentlichen Arbeiten ausgesprochen. Das Enteignungsverfahren erfolgt in solchen Fällen nach den Vorschriften der Verordnungen, betreffend ein vereinfachtes Enteignungsverfahren zur Beschaffung von Arbeitsgelegenheit und zur Beschäftigung von Kriegsgefangenen, vom 11. September 1914 (Gesetzsamml. S. 159) und vom 27. März 1915 (Gesetzsamml. S. 57.

Artikel 3. Eingemeindung und Umgemeindung.

§ 1. In § 2 Nr. 5 der Landgemeindeordnung für die sieben östlichen Provinzen der Preußischen Monarchie vom 3. Juli 1891 (Gesetzsamml. S. 233) wird unter d folgende Vorschrift eingestellt:

d) wenn die Rücksicht auf das Wohnungsbedürfnis die Eingemeindung oder Umgemeindung erheischt.

§ 2. Soweit andere Gemeindeverfassungsgesetze eine Eingemeindung oder Umgemeindung davon abhängig machen, daß das öffentliche Interesse die Eingemeindung oder Umgemeindung erfordert, findet die Vorschrift im § 1 entsprechende Anwendung.

Artikel 4. Baupolizeiliche Vorschriften.

§ 1. Durch die Bauordnungen kann insbesondere geregelt werden:

1. die Abstufung der baulichen Ausnutzbarkeit der Grundstücke, ebenso daß, wo Fluchtlinien nicht festgestellt sind, nur offene Bauweise mit Gebäuden von nicht mehr als einem Obergeschoß über dem Erdgeschosse zulässig ist;

2. die Ausscheidung besonderer Ortsteile, Straßen und Plätze, für welche die Errichtung von Anlagen nicht zugelassen ist, die beim Betriebe durch Verbreitung übler Dünste, durch starken Rauch oder ungewöhnliches Geräusch Gefahren, Nachteile oder Belästigungen für die Nachbarschaft oder das Publikum überhaupt herbeizuführen geeignet sind;

3. die Ausscheidung besonderer Ortsteile, Straßen und Plätze, in denen nur die Errichtung von Wohngebäuden mit Nebenanlagen oder nur die Errichtung von gewerblichen Anlagen mit Nebengebäuden zugelassen ist;

4. der Verputz und Anstrich oder die Ausfugung der vornehmlich Wohnzwecken dienenden Gebäude und aller von Straßen, Plätzen oder anderen öffentlichen Verkehrsflächen aus sichtbaren Bauten sowie die einheitliche Gestaltung des Straßenbildes, und zwar unter Berücksichtigung des Denkmal- und Heimatschutzes;

5. die Vorlage von Bauzeichnungen für alle Außenflächen von Wohngebäuden;

6. unter welchen Bedingungen Gartenhäuschen (Lauben) nicht als Wohnhäuser (Wohngebäude) im Sinne des § 13 ff. des Gesetzes, betreffend die Gründung neuer Ansiedlungen in den Provinzen Ostpreußen, Westpreußen, Brandenburg, Pommern, Posen, Schlesien, Sachsen und Westfalen, vom 10. Aug. 1904 (Gesetzsamml. S. 227), des § 1 des Gesetzes, betreffend die Gründung neuer Ansiedlungen im Herzogtume Lauenburg, vom 4. November 1874 (Amtl. Wochenblatt für das Herzogtum Lauenburg S. 291 ff.) und des § 12 des Gesetzes, betreffend die Anlegung und Veränderung von Straßen und Plätzen in Städten und ländlichen Ortschaften, vom 2. Juli 1875 (Gesetzsamml. S. 561) anzusehen sind.

§ 2. (1) Insofern die bauliche Entwicklung es erfordert, haben die Bauordnungen für die Ausführung der Wohngebäude, besonders hinsichtlich der Standfestigkeit, Tragfähigkeit, Feuersicherheit, Verkehrssicherheit und Raumhöhen unterschiedliche Vorschriften zu geben, je nachdem sich diese auf Gebäude größeren oder kleineren Umfanges beziehen.

(2) Geben Bauordnungen für größere Bezirke gleichzeitig Bestimmungen für größere und kleinere Gemeinden, so haben sie hinsichtlich der Höhe der Gebäude, der bebaubaren Flächen und der Geschoßzahl unterschiedliche Bestimmungen zu treffen, welche die besonderen Verhältnisse der Gemeinden berücksichtigen.

(3) Für Stadtkreise sollen die Bauordnungen in der Regel als Ortspolizeiverordnungen erlassen werden.

§ 3. Durch die Bauordnungen sollen Bestimmungen eingeführt werden, durch die überall dort, wo die offene Bauweise üblich und wirtschaftlich durchführbar ist, die Errichtung von Wohnhäusern mit freistehenden Brandgiebeln verhindert wird.

§ 4. (1) Sofern die Verhältnisse es erfordern, sollen durch Polizeiverordnungen für die Herstellung und Unterhaltung der Ortsstraßen abgestufte Vorschriften je nach deren Bestimmung (Hauptverkehrsstraßen, Nebenverkehrsstraßen, Wohnstraßen, Wohnwege usw.) gegeben werden.

(2) Durch Polizeiverordnung kann auch im Wohnungsinteresse für Wohnstraßen, Wohnwege und andere Ortsstraßen, die dem Zugange zu Wohngebäuden dienen, der Fuhrwerksverkehr beschränkt werden.

§ 5. Der Abs. 4 des § 145 des Gesetzes über die Zuständigkeit der Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbehörden vom 1. August 1883 (Gesetzsamml. S. 237) erhält folgende Fassung:

Gegen die Beschlüsse des Bezirksausschusses in erster Instanz und des gemäß Abs. 1 entscheidenden Regierungspräsidenten findet binnen 2 Wochen die Beschwerde an den Oberpräsidenten statt, der endgültig entscheidet.

Artikel 5. Benutzung der Gebäude.

I. Allgemeine Vorschriften über die Benutzung der Gebäude zum Wohnen und Schlafen (Wohnungsordnungen).

§ 1. (1) Die Benutzung der Gebäude zum Wohnen und Schlafen kann durch allgemeine Vorschriften (Wohnungsordnungen) im Wege der Polizeiverordnung geregelt werden. In der Regel sollen die Wohnungsordnungen als Orts- oder Kreispolizeiverordnungen erlassen werden.

(2) Für Gemeinden und Gutsbezirke mit mehr als 10000 Einwohnern sind solche Wohnungsordnungen zu erlassen.

(3) Ist in Gemeinden, für die von Ortspolizeibehörden Wohnungsordnungen erlassen werden sollen, die Polizei unter mehrere Behörden geteilt, so gilt als Ortspolizeibehörde diejenige Behörde, welcher die Baupolizei übertragen ist.

§ 2. (1) Durch die Wohnungsordnungen ist vorzuschreiben, daß als Wohn- oder Schlafräume (auch Küchen) nur solche Räume benutzt werden dürfen, welche zum dauernden Aufenthalte von Menschen baupolizeilich genehmigt sind.

(2) Ausnahmen sind nur zulässig für Gebäude, die zur Zeit des Inkrafttretens des Wohnungsgesetzes bereits bewohnt waren.

§ 3. (1) Die Wohnungsordnungen können ferner insbesondere Vorschriften treffen über:

1. eine den gesundheitlichen Anforderungen entsprechende bauliche Beschaffenheit und Instandhaltung der Wohn- und Schlafräume (auch Küchen), der Hausflure, Treppen, Höfe und sonstigen der gemeinsamen Benutzung der Hausbewohner dienenden Teile des Hauses;

2. eine den Anforderungen des Familienlebens entsprechende Trennung der von verschiedenen Haushaltungen benutzten Wohn- und Schlafräume (auch Küchen) voneinander;

3. die Zahl und die Beschaffenheit der erforderlichen Kochstellen, Wasserentnahmestellen, Ausgüsse, Aborte, wobei in städtischen Verhältnissen in der Regel zu fordern ist, daß ein Abort von höchstens zwei Familien benutzt werden darf;

4. die im gesundheitlichen und sittlichen Interesse zulässige Belegung der Wohn- und Schlafräume (auch Küchen);

5. die Einrichtung, Ausstattung und Unterhaltung der von Dienst- oder Arbeitgebern ihren Dienstboten, Gewerbegehilfen (Gesellen, Gehilfen, Lehrlingen), Handlungsgehilfen, Handlungslehrlingen oder sonstigen Angestellten oder Arbeitern zugewiesenen Schlafräume;

6. die Bedingungen, unter denen die Aufnahme nicht zur Familie gehöriger Personen gegen Entgelt als Zimmermieter (Zimmerherren), Einlieger (Einlogierer, Miet-, Kost- und Quartiergänger) oder Schlafgänger (Schläfer, Schlafleute, Schlafsteller, Schlafgäste, Schlafburschen und -mädchen) statthaft ist;

5. die zur Durchführung der getroffenen Bestimmungen den Beteiligten, namentlich hinsichtlich der Anzeige, Aushängen usw. obliegenden Verpflichtungen.

(2) Für Städte über 10000 Einwohner sollen die Wohnungsordnungen die vorstehenden Bestimmungen enthalten.

II. Besondere Vorschriften über die Unterbringung von Arbeitern.

§ 4. (1) Durch Polizeiverordnungen, durch welche die Unterbringung von Arbeitern geregelt wird, müssen Mindestanforderungen hinsichtlich der Beschaffenheit, Einrichtung, Ausstattung und Unterhaltung der Unterkunftsräume und ihres Zubehörs festgesetzt sowie die zur Durchführung der Bestimmungen erforderlichen Vorschriften, insbesondere hinsichtlich der Anzeigen, Aushänge usw. vorgesehen werden.

(2) Die gemeinschaftlichen Wohnräume für Arbeiter (Arbeiterkasernen) müssen so eingerichtet sein, daß in der Regel für jede Familie ein besonderer abschließbarer Raum vorhanden ist, der den allgemeinen Ansprüchen an Gesundheit und Sittlichkeit entspricht.

(3) Für lediges Arbeitspersonal müssen Räume zur Verfügung stehen, die die Trennung der Geschlechter ermöglichen.

Artikel 6. Wohnungsaufsicht.

§ 1. (1) Die Aufsicht über das Wohnungswesen ist eine Gemeindeangelegenheit. Sie liegt, unbeschadet der allgemeinen gesetzlichen Befugnisse der Ortspolizeibehörde, dem Gemeindevorstand ob. Er hat sich von den Zuständen im Wohnungswesen fortlaufend Kenntnis zu verschaffen, auf die Fernhaltung und Beseitigung von Mißständen, sowie auf die Verbesserung der Wohnungsverhältnisse, namentlich der Minderbemittelten, hinzuwirken und die Befolgung der Vorschriften der Wohnungsordnung zu überwachen.

(2) Für Gemeinden mit mehr als 100000 Einwohnern ist zur Durchführung der Wohnungsaufsicht ein Wohnungsamt zu errichten. Zur Durchführung der Wohnungsaufsicht sind ein oder mehrere für diesen Dienstzweig geeignete Personen einzustellen. Für Gemeinden von mehr als 50000 bis 100000 Einwohnern kann durch Anordnung der Aufsichtsbehörde die Errichtung eines den vorstehenden Bestimmungen entsprechenden Wohnungsamts vorgeschrieben werden. Für Gemeinden von mehr als 10000 bis 50000 Einwohnern kann durch Anordnung der Aufsichtsbehörde die Anstellung besonderer sachkundiger beamteter (besoldeter oder ehrenamtlich tätiger) Wohnungsaufseher vorgeschrieben werden. Mehrere Gemeinden können sich mit Genehmigung der staatlichen Aufsichtsbehörde zur Errichtung eines gemeinsamen Wohnungsamts für ihre Bezirke vereinigen. Unter der gleichen Voraussetzung kann auch ein weiterer Kommunalverband für seinen Bezirk oder Teile seines Bezirkes ein gemeinsames Wohnungsamt errichten.

(3) Dem Wohnungsamte können von der Gemeinde, sofern sich mehrere Gemeinden zur Errichtung eines gemeinsamen Wohnungsamts vereinigt haben, durch übereinstimmende Beschlüsse der beteiligten Gemeinden und, sofern die Errichtung durch einen weiteren Kommunalverband erfolgt, durch Beschluß des letzteren andere verwandte Aufgaben übertragen werden. Sofern nicht für die Nachweisung kleinerer Wohnungen durch andere Einrichtungen in ausreichender Weise gesorgt ist, sind in Gemeinden mit mehr als 10000 Einwohnern gemeindliche Wohnungsnachweise zu errichten. Zugleich ist durch Polizeiverordnung den Vermietern solcher Wohnungen die Pflicht zur Anmeldung verfügbarer Wohnungen und zur Abmeldung vermieteter Wohnungen aufzuerlegen.

§ 2. (1) Die mit der Wohnungsaufsicht betrauten Personen sind berechtigt, bei Ausübung der Wohnungsaufsicht alle Räume, die zum Aufenthalte von Menschen benutzt werden, sowie die dazu gehörigen Nebenräume, Zugänge, Aborte zu betreten. Sie haben den Wohnungsinhaber oder dessen Vertreter bei dem Beginne der Besichtigung mit dem Zwecke ihres Erscheinens bekannt zu machen und sich unaufgefordert durch öffentliche Urkunde über ihre Berechtigung auszuweisen.

(2) Die Besichtigung muß so vorgenommen werden, daß eine Belästigung der Beteiligten tunlichst vermieden wird. Sie darf nur in der Zeit von 9 Uhr morgens bis 6 Uhr abends, bei Wohnungen, in die Einlieger oder Schlafgänger aufgenommen werden, nur in der Zeit von 5 Uhr morgens bis 10 Uhr abends erfolgen.

(3) Der Wohnungsinhaber oder sein Vertreter ist verpflichtet, über die Art der Benutzung der Räume wahrheitsgemäß Auskunft zu erteilen.

§ 3. Soweit sich bei Ausübung der Wohnungsaufsicht ergibt, daß die Wohnung hinsichtlich ihrer Beschaffenheit oder Benutzung den an sie zu stellenden Anforderungen nicht entspricht, ist Abhilfe in der Regel zunächst durch Rat, Belehrung oder Mahnung zu versuchen. Läßt sich auf diese Weise Abhilfe nicht schaffen, so ist der Gemeindevorstand befugt, die erforderlichen Anordnungen zu erlassen; auf diese Anordnungen finden die §§ 127 bis 129, 132, 133 des Landesverwaltungsgesetzes vom 30. Juli 1883 (G.-S. S. 195), soweit sie sich auf Maßnahmen der Ortspolizeibehörden beziehen, entsprechende Anwendung.

§ 4. Die Ausübung der Wohnungsaufsicht ist für solche Gemeinden, für welche gemäß Artikel 5 § 1 eine Wohnungsordnung erlassen ist, durch eine von dem Gemeindevorstand festzusetzende Dienstanweisung zu regeln.

II. Bezirks-Wohnungsaufsichtsbeamte.

§ 5. Den Regierungspräsidenten, für den Landespolizeibezirk Berlin dem Oberpräsidenten, sind zur Ausübung der Aufsicht über die Tätigkeit der Gemeinde- und Ortspolizeibehörden (§ 1), soweit sich dazu ein Bedürfnis ergibt, Wohnungsaufsichtsbeamte beizugeben. Diesen Beamten stehen bei Ausübung

ihrer Dienstobliegenheiten die Befugnisse der mit der örtlichen Wohnungsaufsicht betrauten Personen (§ 2) zu

Artikel 7. Gemeinsame Vorschriften für die Wohnungsordnungen und die Wohnungsaufsicht.

(1) Den Wohnungsordnungen (Artikel 5 I) und der Wohnungsaufsicht (Artikel 6) unterliegen:

1. Wohnungen, die einschließlich Küche aus vier oder weniger zum dauernden Aufenthalt von Menschen bestimmten Räumen bestehen;

2. größere Wohnungen, in denen nicht zur Familie gehörige Personen gegen Entgelt als Zimmermieter (Zimmerherren), Einlieger (Einlogierer, Miet-, Kost- und Quartiergänger) oder Schlafgänger (Schläfer, Schlafleute, Schlafsteller, Schlafgäste, Schlafburschen und -mädchen) aufgenommen werden;

3. Wohn- oder Schlafräume, die von Dienst- oder Arbeitgebern ihren Dienstboten, Gewerbegehilfen (Gesellen, Gehilfen, Lehrlingen), Handlungsgehilfen, Handlungslehrlingen oder sonstigen Angestellten oder Arbeitern zugewiesen sind;

4. solche Wohn- oder Schlafräume in Mietwohnungen, die im Keller oder in einem nicht vollausgebauten Dachgeschosse liegen:

5. Ledigenheime und Arbeiterlogierhäuser.

(2) Eigenwohnungen der im Abs. 1 Nr. 1 bezeichneten Art in Gebäuden, die ausschließlich von einer Familie bewohnt werden, sollen, sofern nicht in ihnen Personen gemäß Nr. 2 aufgenommen werden, den Wohnungsordnungen nur dann unterstellt werden, wenn dafür ein besonderes Bedürfnis vorliegt.

§ 2. Auf Grund der Wohnungsordnungen sollen Anforderungen, die den Wohnungsinhaber zu einem Wohnungswechsel nötigen, bei Mietwohnungen in der Regel nur gestellt werden, wenn die Wohnungen nach Erlaß der Wohnungsordnung bezogen werden oder das Mietverhältnis nach diesem Zeitpunkt verlängert oder trotz Zulässigkeit der Kündigung oder länger als sechs Monate fortgesetzt wird.

§ 3. (1) Wohnungen, die von mehreren Mietern gemeinschaftlich gemietet werden, gelten hinsichtlich der Zahl der Räume (§ 1 Abs. 1 Nr. 1) als zwischen ihnen geteilt.

(2) Räume, die miteinander in unmittelbarer offener Verbindung stehen (Zimmer und Alkoven, Butzen und dergleichen), gelten als ein Raum.

§ 4. Betrifft Ausnahmen für die Königl. Schlösser usw.

Artikel 8. Bereitstellung staatlicher Mittel.

§ 1. Zur Förderung der gemeinnützigen Bautätigkeit wird der Staatsregierung ein Betrag von zwanzig Millionen Mark zur Verfügung gestellt, der zur Beteiligung des Staates mit Stammeinlagen bei gemeinnützigen Bauvereinigungen zu verwenden ist.

§ 2 enthält Vorschriften über die Bereitstellung staatlicher Mittel.

Artikel 9. Schluß- und Uebergangsbestimmungen.

§ 1. Maßgebend für die Berechnung der Einwohnerzahl einer Gemeinde oder eines Gutsbezirkes ist hinsichtlich der Bestimmungen dieses Gesetzes die durch die jedesmal letzte Volkszählung ermittelte Zahl der ortsanwesenden Zivilbevölkerung.

§ 2. (1) Bei der Aufstellung und Anwendung der Bau- und Wohnungsordnungen und bei der Ausübung der Wohnungsaufsicht ist, soweit nicht ein überwiegendes Interesse der Gesundheit oder der Sittlichkeit entgegensteht, das Interesse des Denkmal- und Heimatschutzes zu berücksichtigen.

(2) In Zweifelsfällen sind Sachverständige zu hören.

§ 3. (1) Dieses Gesetz tritt am 1. April 1918 in Kraft.

(2) Bestehende Wohnungsordnungen bleiben bis zum Ablauf eines Jahres nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes in Geltung, soweit sie nicht schon vorher durch Wohnungsordnungen gemäß Artikel 5 dieses Gesetzes ersetzt worden sind.

(3) Bereits vor Inkrafttreten dieses Gesetzes können zu seiner Ausführung Wohnungsordnungen erlassen und die zu diesem Behufe notwendigen Anordnungen und Beschlüsse erlassen werden.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 13. 5. Juli. 1918.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Abänderung der Prüfungsordnung für Aerzte. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 13. Mai 1918.

Auf Grund des § 29 der Gewerbeordnung hat der Bundesrat beschlossen:

I. Die Prüfungsordnung für Aerzte vom 28. Mai 1901 wird wie folgt geändert:

1. § 31 erhält folgende Fassung:

II. Die medizinische Prüfung umfaßt vier Teile und ist in der Regel in sieben aufeinanderfolgenden Wochentagen zu erledigen.

2. Im § 32 Abs. 3 werden die Worte „namentlich mit Einschluß der Kinderkrankheiten" gestrichen.

3. Zwischen den §§ 33 und 34 werden die folgenden neuen §§ 33a und 33b eingefügt:

§ 33a. In dem dritten Teile der medizinischen Prüfung hat der Kandidat in einem besonderen Termin in der Kinderabteilung eines größeren Krankenhauses oder in einer Universitäts-Kinderklinik oder -Poliklinik in Gegenwart eines Fachvertreters der Kinderheilkunde einen Kranken zu untersuchen, den Befund und den Heilplan kurz niederzuschreiben und sodann mündlich darzutun, daß er in der Kinderheilkunde die für einen praktischen Arzt erforderlichen Kenntnisse besitzt.

§ 33b. In dem vierten Teile der medizinischen Prüfung hat der Kandidat in einem besonderen Termin in der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten eines größeren Krankenhauses oder in einer Universitätsklinik oder -Poliklinik für Haut- und Geschlechtskranke in Gegenwart eines Fachvertreters für Haut- und Geschlechtskrankheiten einen Kranken zu untersuchen, den Befund und den Heilplan kurz niederzuschreiben und sodann mündlich darzutun, daß er über die Haut- und Geschlechtskrankheiten die für einen praktischen Arzt erforderlichen Kenntnisse besitzt.

4. Im § 35 Abs. 3 werden am Schlusse die Worte „der Haut- und venerischen Krankheiten" gestrichen.

5. Im § 39 werden die Worte „den Haut- und venerischen Krankheiten" gestrichen.

6. § 53 Abs. 1 b erhält folgende Fassung:
für Abschnitt II Teil 1 dreifach, Teil 2 bis 4 je einfach.

7. § 58 erhält im Abs. 1 folgende Fassung:
Die Gebühren für die gesamte Prüfung betragen 220 M.

Im Abs. 2 daselbst werden an Stelle von Zeile 5 bis 7 die folgenden Zeilen eingesetzt:

für den Prüfungsabschnitt II . . . . . . 55 M.
und zwar für Teil 1 . . . . 25 M.
„ „ 2 . . . . 10 „
„ „ 3 . . . . 10 „
„ „ 4 . . . . 10 „

Die Zeile 20 daselbst erhält die Fassung:
zusammen . . . . 220 M.

II. Diese Vorschriften treten am 1. Oktober 1918 in Kraft.

B. Königreich Preußen.

Grundsätze für die Abgrenzung zwischen orts- und landespolizeilichen Maßnahmen auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung. Erlaß der Minister des Innern und der Finanzen vom 12. Juni 1918 — M. d. I. M 10617, F. M. I 4051 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Die auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung immer wieder gemachten Erfahrungen haben gezeigt, daß staatliche und kommunale Behörden in Verkennung der von unseren Herren Amtsvorgängern in Gemeinschaft mit den zuständigen Herren Ressortministern in dem Erlasse vom 29. Juni 1893 und von dem Herrn Kultusminister in dem Erlasse vom 8. November 1905 niedergelegten Grundsätze für die Abgrenzung zwischen orts- und landespolizeilichen Maßnahmen dazu neigen, auch für unzweifelhaft ortspolizeiliche Schutzmaßregeln auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung mit Rücksicht auf ihre gleichzeitige Bedeutung auch für die Hintanhaltung weiterer Seuchenübertragung auf andere Orte die Eigenschaft als eines landespolizeilichen Aktes, dessen Kosten die Staatskasse zu tragen habe, in Anspruch zu nehmen. Da es uns geboten erscheint, einer solchen, zu erheblichen Weiterungen führenden Handhabung der fraglichen Rechtsgrundsätze allgemein entgegenzutreten, so sehen wir uns veranlaßt, auf die Bestimmungen jener Erlasse nochmals erläuternd zurückzukommen.

Es ist davon auszugehen, daß als landespolizeiliche Seuchenschutzmaßregeln diejenigen zu gelten haben, die unmittelbar auf Verhinderung einer Einschleppung der Seuche aus dem Auslande in das Inland oder auf Verhütung ihrer Verbreitung im Inlande von einer Gegend zur anderen abzielen, während diejenigen Maßnahmen ortspolizeilicher Natur sind, welche auf den Schutz eines Ortes gegen eine, sei es in ihm bereits ausgebrochene oder von auswärts drohende Krankheit gerichtet sind. Es besteht aber zwischen diesen Begriffen kein ausschließender Gegensatz, vielmehr findet in weitem Umfange die Wechselwirkung statt, daß die Maßnahmen zur Bekämpfung einer Krankheit in einem Orte zugleich praktisch mittelbar dazu führen, ihre Weiterverbreitung auf andere Gegenden hintanzuhalten, während anderseits landespolizeiliche Maßnahmen wieder zugleich die Bekämpfung der betreffenden Krankheit im einzelnen Orte fördern. Daher kommt es nach konstanter Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts (zu vergl. Entscheidung Bd. 26, S. 85 ff., Bd. 36, S. 9, Bd. 45, S. 116) für die Charakterisierung einer Maßregel als eines orts- oder landespolizeilichen Aktes entscheidend darauf an, ob sie in erster Linie und vorwiegend den Schutz der örtlichen Interessen oder der staatlichen Gemeininteressen bezweckt hat. Hat von diesem Gesichtspunkte aus eine Maßnahme ortspolizeiliche Natur, so behält sie diesen Rechtscharakter auch dann, wenn sie z. B. infolge bereits größerer Ausbreitung der Krankheit gleichzeitig in einer Mehrzahl von Orten oder gar allgemein innerhalb eines weiteren Gebiets zu treffen ist. Denn sie bleibt in solchen Fällen immer zunächst und unmittelbar auf Befreiung des einzelnen Orts von der Krankheit gerichtet und dient nur mittelbar der Verhütung weiterer Verbreitung der Krankheit (O.V G.-Entsch. Bd. 36, S. 6 ff.). Ferner wird einer nach jenen grundlegenden Gesichtspunkten ortspolizeilichen Maßnahme dieser ihr Charakter auch nicht dadurch genommen, daß die Maßnahme auf Anordnung der Aufsichtsbehörde getroffen worden ist, da nach feststehendem Rechtsgrundsatz (ebenfalls O.V.G.-Entsch. Bd. 36 S. 6 ff.) an sich ortspolizeiliche Maßregeln dadurch nicht zu landespolizeilichen werden, daß die zur Verwaltung der Landespolizei zuständige Aufsichtsbehörde sie angeordnet hat oder sie, sich befugterweise an die Stelle der Ortspolizeibehörde setzend, gar selbst trifft.

Andererseits kann für die Beurteilung der Frage, ob eine von einer Gemeinde (Ortspolizeibehörde) getroffene Maßnahme in erster Linie und vorwiegend den Schutz der orts- oder landespolizeilichen Interesse bezweckt hat, auch nicht die Erklärung bezw. Absicht der Gemeinde (Ortspolizeibehörde) für sich allein entscheidend sein. Vielmehr würde die Wirkung, daß der Maßnahme landespolizeilicher Charakter zuzusprechen und daher die Verpflichtung des Staats zur Kostenerstattung begründet sei, notwendig zur Voraussetzung haben, daß nicht nur an sich nach den Umständen des Falls ein wirklicher sachlicher Anlaß zu einem landespolizeilichen Einschreiten in der fraglichen Richtung anzuerkennen ist, sondern daß auch in dem Verhalten der Gemeinde (Ortspolizei-

behörde) gegenüber der an sich zuständigen Landespolizeibehörde die Voraussetzungen für die Entstehungen eines Anspruchs aus einer Geschäftsführung ohne Auftrag gemäß § 677 BGB. erfüllt sind.

Grundsätze für die Errichtung und den Betrieb von Kinderheimen und ähnlichen für die Unterbringung von gesunden Säuglingen und Kleinkindern bestimmten Anstalten. Verfügung des Kgl. Preußischen Regierungspräsidenten in Düsseldorf vom 30. November 1917.

1. Wer ein derartiges Heim oder dergleichen errichten will, hat sich des Einverständnisses der Ortzpolizeibehörde vor Eröffnung der Einrichtung zu vergewissern und ihr zu diesem Zweck das Vorhaben unter Beifügung folgender Unterlagen anzuzeigen:

Die Pläne der Räume, nebst kurzem Erläuterungsbericht, Angaben über die nähere Zweckbestimmung der Anstalt, Angaben über Namen oder Firma des Unternehmers, Angaben über die für den allgemeinen Betrieb verantwortliche Persönlichkeit, sowie Angaben über den für den gesundheitlichen Betrieb verantwortlichen Arzt.

Die bestehenden Anstalten haben die vorgedachten Grundsätze binnen vier Wochen nach der Bekanntgabe dieser Grundsätze einzureichen.

2. Für Zahl, Art und Beschaffenheit der Räume der Anstalt sind die allgemeinen, sowie die für die Unterbringung von gesunden Säuglingen geltenden besonderen polizeilichen Bestimmungen maßgeblich. Im besonderen müssen stets in genügender Größe, Beschaffenheit und Einrichtungen vorhanden sein:

a) ein Beobachtungsraum, in den jedes neu aufgenommene Kind bis zur Feststellung seiner Gesundheit zunächst zu verbringen ist;
b) ein Sonderraum für die Aufnahme von in der Anstalt unpäßlich werdenden Kindern bis zur Feststellung ihres Zustandes;
c) ein Raum zum Baden, Abbrausen oder Abwaschen;
d) eine Milchküche.

Krippen (für die nur während bestimmter Stunden erfolgende Aufnahme kleiner Kinder) dürfen nicht in räumlicher Verbindung mit Kinderheimen stehen, auch das Wartepersonal ist getrennt zu halten.

3. In allen Räumen der Anstalt muß peinliche Ordnung und Sauberkeit herrschen.

4. Nur gesunde, nicht ansteckungsverdächtige Kinder dürfen in die Heime aufgenommen werden. Die Kontrolle hat durch den Arzt der Anstalt und durch Familienbesuch von seitens des Unternehmers zu erfolgen.

Erkrankte Kinder sind aus dem Heim sogleich zu entlassen, von einer irgendwie ansteckenden Krankheit ergriffene Kinder sofort in eine Krankenanstalt zu verbringen. Durch allgemeine Abmachung mit einem geeigneten Krankenhause sowie durch schriftliche Zustimmung der Eltern bezw. der Mutter bei der Aufnahme des Kindes ist die Durchführung dieser Forderung sicherzustellen.

5. In jedem Heime usw. muß die gesundheitliche Leitung einem hierfür verantwortlichen Arzte, tunlichst Kinderarzt, übertragen sein, der u. a. jedes neuaufzunehmende Kind zu untersuchen und zu begutachten, im übrigen mindestens zweimal wöchentlich sämtliche Pfleglinge durchzumustern und für die ungesäumte Entlassung und Anzeige erkrankter Kinder sowie die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen beim Auftreten ansteckender Krankheiten zu sorgen hat. Seine Pflichten sind vertraglich festzulegen.

6. In jedem Heim usw. muß eine staatlich anerkannte, und zwar tunlichst in der Säuglingspflege anerkannte Pflegeperson auf jede angefangenen 20 Kinder angestellt sein, im übrigen dürfen bis auf weiteres unausgebildete Kräfte verwandt werden.

7. Für jedes Heim muß ein Hauptbuch für alle aufgenommenen Kinder fortlaufend geführt werden, in welchem u. a. von jedem Kinde die genauen Personalien, Herkunft, Tag der Aufnahme und der Entlassung, Aufnahme- und Entlassungsgewicht, etwa aufgetretene Störungen im Befinden und andere besondere Ereignisse eingetragen, sowie regelmäßige Arztvermerke zu machen sind; bei unehelichen und Haltekindern ist auch der letzte Aufenthaltsort zu vermerken. Ein Schema kann vorgeschrieben werden.

8. Außer den allgemein gesetzlich vorgeschriebenen Anzeigen an die Polizeibehörde sind jeder Todesfall nebst Ursache und jede Entlassung wegen Krankheit nebst Angabe dieser und Verbleib des Erkrankten dem Kreisarzt binnen 24 Stunden und zwar von dem Anstaltsarzt anzuzeigen.

Jede Entlassung eines unehelichen und eines bisherigen Haltekindes ist von der für den Betrieb der Anstalt verantwortlichen Persönlichkeit ebenfalls binnen 24 Stunden der Ortspolizei anzuzeigen.

9. Ueber die der Polizeibehörde angemeldete nähere Zweckbestimmung der Anstalt (Ziffer 1) hinaus dürfen Personen in die Anstalt nicht aufgenommen werden.

Vorstehende Grundsätze, welche die im sanitätspolizeilichen Interesse zur Abwehr gesundheitlicher Gefahr beim Betrieb von Kinderheimen an diese zu stellenden Anforderungen enthalten, gebe ich mit dem Hinzufügen bekannt, daß die zuständigen Behörden beauftragt sind, wegen ihrer Durchführung unverzüglich das Erforderliche zu veranlassen. Ich gebe hierbei der Erwartung Ausdruck, daß auch die beteiligten Kreise den Zielen und Zwecken der Verordnung volles Verständnis entgegenbringen und sich ihre gewissenhafte Befolgung angelegen sein lassen.

Versorgung der Krankenanstalten usw. sowie der Medizinalpersonen mit Kristallsoda. Erlaß des Ministers des Innern vom 19. Mai 1918 — M 5765 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Um die Versorgung der Krankenhäuser mit Kristallsoda nach Möglichkeit sicherzustellen, bestimme ich nach Benehmen mit der Kriegschemikalien-Aktiengesellschaft, Zentralstelle für Aetzalkalien und Soda, hier W. 9, Eichhornstraße 4, folgendes:

Von der monatlichen Gesamtproduktion wird seitens der genannten Zentralstelle eine bestimmte Menge an Kristallsoda für den Bedarf der Krankenanstalten bereit gestellt werden. Nach der hier vorgenommenen Unterverteilung beträgt die für die Monate Juni und Juli d. Js. auf den dortigen Bezirk entfallende Menge je . . . kg. Ich ersuche ergebenst, hieraus die Verteilung der Kristallsoda auf die einzelnen Krankenanstalten des Bezirks durch den Regierungs- und Medizinalrat gefälligst vornehmen und den Anstalten hierüber Bezugsscheine ausfertigen zu lassen oder aber dem Lagerhalter, dessen Name von der Zentrale für Aetzalkalien und Soda dorthin mitgeteilt werden wird, unmittelbar mit Versand-Anweisung zu versehen. Vordrucke für Bezugsscheine sind von der Zentralstelle anzufordern.

Für den allernächsten Bedarf kann in besonders dringenden Fällen eine unmittelbare Anmeldung der benötigten Mengen an Kristallsoda bei der Zentralstelle erfolgen.

Sanatorien und ähnliche Anstalten sowie medizinische Institute sind bei der Verteilung mit zu berücksichtigen. Eine angemessene Menge ist außerdem zur Abgabe an Medizinalpersonen — Hebammen usw. — zurückzubehalten.

Im freien Handel wird fortan Kristallsoda nur für Privathaushaltungen und für ganz kleine Anstalten, und zwar nur in beschränktem Umfange, erhältlich sein.

Die fragliche Regelung erstreckt sich zunächst auf kristalisierte Soda zum Reinigen von Geräten, Apparaten, Geschirr und dergl. Soweit Soda für Wäschereizwecke benötigt wird, ist die Bedarfsanmeldung wie bisher an den Vertrauensmann, Herrn G Plum, stellvertretenden Vorsitzenden des Deutschen Wäscheverbandes, Sodastelle, Berlin SO, 33, Cuvrystraße 1, zu richten.

Soweit von der Zentralstelle für Aetzalkalien und Soda nicht andere Mitteilung erfolgt, bleibt die für den dortigen Bezirk verfügbare Menge Kristallsoda für August/September usw. die gleiche.

In besonderen Ausnahmefällen. die einer eingehenden Begründung bedürfen, wird die Zentralstelle in der Lage sein, auf entsprechenden Antrag die überwiesene Sodamenge vorübergehend zu erhöhen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 14. 20. Juli. 1918.

Rechtsprechung.

Der Betrieb des Heilgewerbes kann einem Heilkundigen nicht aus dem Grunde untersagt werden, weil er sich hierfür als ungeeignet und unzuverlässig erwiesen hat. Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts (III. Senats) vom 22. Februar 1917.

Der am 12. Okt. 1876 geborene Otto G. betrieb in den Jahren 1907/1908 in J. das Gewerbe eines Heilkundigen, wobei er insbesondere kranke Frauen durch Massage, auch nach der Thure-Brandtschen Methode, behandelte. Er wurde durch Urteil des Schwurgerichts zu H. vom 27. November 1908 wegen Verbrechens gegen § 220 des Strafgesetzbuchs (Abtreibung der Leibesfrucht) in einem Falle und wegen tätlicher Beleidigung in zwei Fällen zu einer Gesamtzuchthausstrafe von 6 Jahren und zum Verluste der bürgerlichen Ehrenrechte auf die Dauer von zehn Jahren verurteilt. Nach dem Inhalte der Strafakten war G. in J. bei Ausübung der Bauchmassage bei zwei weiblichen Personen M. und J. diesen unsittlich zu nahe getreten. Nachdem die J., bei der es zu einer Vereinigung der Geschlechtsteile kam, davon schwanger geworden war, setzte G. die Behandlung bei ihr fort und trieb ihr dabei vorsätzlich die Leibesfrucht ab. Als er sich im November in C. niederließ, um sein Gewerbe als Heilkundiger wieder aufzunehmen und dabei insbesondere wiederum Frauen durch Bauchmassage zu behandeln, untersagte ihm die Polizeiverwaltung zu C. durch Verfügung vom 3. Juli 1916 die Ausübung der Bauchmassage an weiblichen Personen unter Androhung einer Geldstrafe von 30 M. eventuell drei Tagen Haft für jeden Uebertretungsfall. Seine dagegen eingelegte Beschwerde wies der Landrat ab. Auf seine weitere Beschwerde erließ der Regierungspräsident zu F. folgenden Bescheid von 9. September 1916 . . . . „Ihre an den Kreisausschuß in C. gerichtete, an mich zur zuständigen Entscheidung abgegebene Beschwerde vom 16. v. Mts. weise ich zurück, weil die Unterleibsmassage in der von Ihnen geübten Art geeignet ist, bei weiblichen Personen Gesundheitsschädigungen zu verursachen und bei Schwangeren die Unterbrechung der Schwangerschaft hervorzurufen“.

Gegen diesen Bescheid richtet sich die vorliegende Klage, die insbesondere darauf gestützt wird, daß das gegen den Kläger erlassene Verbot wegen der Freigabe des Heilgewerbes nach der Reichsgewerbeordnung unzulässig sei. Der Beklagte hat kostenpflichtige Abweisung der Klage beantragt. Außer den aktenmäßigen Vorgängen der Polizeiverwaltung und des Regierungspräsidenten sind in der mündlichen Verhandlung die Strafakten, betreffend das oben genannte Verfahren gegen G. vor dem Schwurgerichte zu H. — 2 J 450, 08 —, vorgelegt.

Der Klage konnte der Erfolg nicht versagt werden.

Ueber die Art und Weise, wie Kläger die Bauchmassage bei Frauen ausführte, hat er sich in seiner Beschwerde folgendermaßen geäußert:

„Bei Frauen, die über Unterleibsbeschwerden klagen, kommt hinzu die bimanuelle Untersuchung der Unterleibsorgane nach der Methode Thure-Brandt. Die Patientin liegt dabei mit etwas hochgezogenen Knien und mit geöffneten, jedoch den Körper vollständig bedeckenden Kleidern auf einem Plint (Ruhebett). Der Untersuchende reinigt und desinfiziert sorgfältig den Zeige- und Mittelfinger der linken Hand, setzt sich links neben die Patientin auf einen Stuhl, führt, ohne den Körper zu entblößen, die desinfizierten Finger vorsichtig in die Vagina ein, um die inneren Organe abzutasten bezw. zu stützen, während die Finger der rechten Hand die äußere Bauchdecke und die darunterliegenden Organe vorsichtig abtasten. Bei Virgines, deren Hymen unverletzt ist, wird der desinfizirten Zeigefinger der linken Hand

in den Anus eingeführt und die bimanuelle rekto-ventrale Untersuchung vorgenommen, um eine Verletzung des Hymens zu vermeiden.

Wenn die Untersuchung das Vorhandensein von Verwachsungen, Verlagerung, Senkung und dergl. ergeben hat, so wird das betreffende Organ durch die eingeführten Finger der linken Hand gestützt, die Finger der rechten Hand fixieren die Bauchdecke und führen mit derselben leichte kreisförmige Bewegungen aus, um krankhafte Ausschwitzungen zur Resorptinon zu bringen, erschlafftes Gewebe zu kräftigen oder vorhandene Verwachsungen durch Dehnung zu lösen. Bei etwa bestehender akuter Entzündung, bei Eiterung oder bei bösartigen Geschwülsten massiere ich nicht; bösartige Geschwülste und Eiterherde überweise ich zur Operation; bei vorliegender Schwangerschaft lehne ich grundsätzlich die Behandlung ab."

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß sich diese Tätigkeit als die Ausübung der Heilkunde bezw. des Heilgewerbes darstellt. Die angefochtene Verfügung versagt dem Kläger die Zulassung zu diesem Gewerbe in dem verbotenen Umfang, also hinsichtlich der Bauchmassage bei weiblichen Personen. Die Ausübung des Heilgewerbes ist aber seit Erlaß der Gewerbeordnung vom 21. Juni 1869 grundsätzlich freigegeben und steht jedermann ohne Rücksicht auf Kenntnisse, Vorbildung, Verleihung usw. offen. Besondere hier in Betracht kommende Bestimmungen im Sinne des § 6 der Reichsgewerbeordnung enthält dieses Gesetz nicht. Der Betrieb des Heilgewerbes kann also dem Kläger nach der jetzigen Lage der Gesetzgebung aus dem Grunde nicht untersagt werden, weil er sich hierfür als ungeeignet und unzuverlässig erwiesen habe.

Unbeschadet der grundsätzlichen Freigabe des Heilgewerbes ist es der Landesgesetzgebung überlassen, die Ausübung dieses Gewerbes näher zu regeln, und es fragt sich, ob die angefochtete Verfügung etwa in derartigen landesgesetzlichen Bestimmungen ihre Rechtfertigung findet. Der Beklagte hat solche Bestimmungen nicht angeführt. Als solche kann für den vorliegenden Fall nur die auch für die Ausübung des Heilgewerbes im allgemeinen maßgebende Bestimmung im § 10 Titel 17 Teil II des Allgemeinen Landrechts in Betracht kommen. Aber auch auf diese läßt sich die angefochtene Verfügung nicht stützen. Dem Kläger ist nicht die Ausübung strafbarer oder sonst polizeiwidriger Handlungen, sondern, wie bemerkt, die Ausübung des Heilgewerbes in dem bezeichneten Umfang überhaupt verboten. Dem steht aber einmal die allgemein geltende Freigabe des Heilgewerbes entgegen. Außerdem liegen aber auch die Voraussetzungen des § 10 Titel 17 Teil II a. a. O. insofern nicht vor, als nicht eine in naher Zukunft bevorstehende unmittelbare Gefahr, sondern nur die abstrakte Möglichkeit einer polizeiwidrigen Ausübung des Heilgewerbes besteht, und diese zur Rechtfertigung des erlassenen Verbots nicht ausreicht (vergl. Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 19. Juni 1905, Preußisches Verwaltungsblatt Jahrgang 28, Seite 571, 572).

Hiernach mußte der Klage stattgegeben werden. Ob die Polizei sonst Mittel hat, um das Publikum vor dem Kläger, der sich offenbar als für die Ausübung des Heilgewerbes an weiblichen Personen, insbesondere für die Anwendung der Bauchmassage bei diesen als gänzlich ungeeignet und unzuverlässig erwiesen hat, zu schützen oder zu warnen, ist hier nicht zu erörtern.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preußen.

Verbot des privaten Seifensiedens. Erlaß der Minister für Handel und Gewerbe und des Innern vom 6. Mai 1918 — M. f. H. IIb 3405, M. d. J. Va 383 II — an die Herren Regierungspräsigenten.

In weiten Kreisen der Bevölkerung — insbesondere auf dem Lande — ist das private Seifensieden noch immer in Uebung. Der Bevölkerung gelingt es noch fortgesetzt, sich das zur Verseifung erforderliche Aetznatron zu verschaffen und mit dessen Hilfe erhebliche Mengen an Butter und den in den Haushaltungen sich ansammelnden Abfallfetten auf Seife zu verarbeiten und sie den Zwecken der Volksernährung zu entziehen. Zur Bekämpfung dieses privaten Seifensiedens bieten die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine genügende Handhabe. Die Herstellung von Seife aus pflanzlichen und tierischen Oelen und Fetten ist durch die Bekanntmachung über das Verbot der Verwendung von pflanzlichen und tierischen Oelen und Fetten für technische

Zwecke vom 6. Januar 1916 (RGBl. S. 3) in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. Juli 1916 (RGBl. S. 765) mit Strafe bedroht. Die Verbote beziehen sich nicht nur auf gewerbliche Herstellung, sondern auch auf jede Herstellung überhaupt. Ferner ist durch die Bekanntmachung über die Errichtung einer Herstellungs- und Vertriebsgesellschaft in der Seifenindustrie vom 9. Juni 1917 (RGBl. S. 485) allen nicht der genannten Gesellschaft angehörenden Personen die Herstellung fetthaltiger Waschmittel bei Strafe verboten. Endlich ist nach der Polizeiverordnung vom 10. August 1917 (HMBl. S. 247) die Abgabe von Kaliumhydroxyd (Aetzkali) und Natriumhydroxyd (Aetznatron, Seifenstein) nur gegen Erlaubnisschein zulässig. Es scheint jedoch, daß diese Bestimmungen in weiten Kreisen der Bevölkerung noch immer nicht hinreichend bekannt sind. So ist der Zentralstelle für Aetzkalien und Soda ein Antrag auf Zuteilung von Alkali zugegangen, worin die Antragstellerin zur Begründung angibt, sie benötigte die angeforderte Menge, um die in den Privathaushaltungen gesammelten Abfallfette auf Seife zu verarbeiten.

Wir ersuchen, von neuem in geeigneter Weise für die Aufklärung der Bevölkerung Sorge zu tragen und durch Anweisungen an die Orts- und Polizeibehörden nachdrücklich darauf hinzuwirken, daß die gesetzlichen Bestimmungen auch tatsächlich beachtet werden.

Zugleich machen wir darauf aufmerksam, daß der Kriegsausschuß für pflanzliche und tierische Oele und Fette in Berlin in seiner Rohfettabteilung eine besondere Abteilung für Abfallerzeugnisse gebildet hat. Diese hat sich u. a. zur Aufgabe gestellt, die Sammlung aller gelegentlich vorkommenden Fette in die Wege zu leiten, und hat sich mit geeigneten Forststellen, Konsumvereinen, Ziegenzuchtvereinen u. a. zur Errichtung von örtlichen Sammelstellen in Verbindung gesetzt. Wir ersuchen, auch dieser Sammeltätigkeit die größtmögliche Förderung zuteil werden zu lassen.

Beschäftigung von Arbeiterinnen in chemischen Fabriken. Rundschreiben des Reichskanzlers vom 13. Februar 1918 — an die Bundesregierungen.[1])

Auf Veranlassung der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie halten die Fabrikärzte der chemischen Großindustrie von Zeit zu Zeit Besprechungen ab, auf denen sie ihre Erfahrungen über die Gesundheitsverhältnisse der Arbeiter und die Wirkungen der verschiedenen chemischen Stoffe auf die Gesundheit austauschen. Auf der letzten Zusammenkunft, die am 10. Dezember 1917 in Frankfurt am Main stattfand und an der außer den Referenten des Reichswirtscahftsamts auch ein Vertreter des Kaiserlichen Gesundheitsamts sowie der Königlich Bayerische Landesgewerbearzt teilnahmen, hielt der Fabrikarzt der Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation Dr. Curschmann einen Vortrag über die „Eignung der Frau für die Arbeit in der chemischen Industrie". Er führte dabei aus, daß die Mädchen und Frauen gegen die Einwirkung gesundheitsschädlicher Stoffe und besonders der Blutgifte im allgemeinen wesentlich weniger widerstandsfähig seien als die Männer und dieser Mangel sich ganz besonders während der Zeit der Menstruation, Schwangerschaft und Laktation zeige. Dr. Curschmann teilt u. a. mit, daß ein 18jähriges Mädchen, welches die Arbeit in einer gesundheitlich bedenklichen Abteilung eines chemischen Betriebs völlig gesund antrat, nach nur wenigen Tagen und offenbar im Zusammenhange mit der bei ihr gerade aufgetretenen Menstruation schwer an Blutarmut erkrankte und sich nur sehr langsam wieder erholte. Er trat dafür ein, daß, wenn es gegenwärtig nicht möglich sei, ohne Frauenarbeit auszukommen, doch bei der Einstellung von Frauen in gesundheitlich nicht unbedenkliche Betriebe, wie z. B. in chemischen Fabriken, mit der größten Vorsicht verfahren werden möge. Am bedenklichsten sind die Betriebe, in denen Nitroverbindungen hergestellt oder zu Munition verarbeitet werden, da die Nitroverbindungen ausgesprochene Blutgifte sind. In meinem Rundschreiben vom 28. September 1916 — II. 5707 — ist schon auf die große Gesundheitsgefahr, denen die Arbeiter und besonders die Arbeiterinnen in diesen Betrieben aus-

---

[1]) In Preußen durch Runderlaß des Ministers für Handel und Gewerbe vom 20. März 1918 den nachgeordneten Behörden zur Beachtung mitgeteilt.

gesetzt sind, hingewiesen. Nach den Ausführungen von Dr. Curschmann, denen die ärztlichen Teilnehmer der Besprechung, die sämtlich eine langjährige Erfahrung auf diesem Gebiete besitzen, vorbehaltlos zustimmten, scheint es geboten, die Beschäftigung von Arbeiterinnen in diesem Betriebe zu untersagen, sobald es die Verhältnisse gestatten. Zur Zeit wird dies vielleicht noch nicht möglich sein, jedenfalls wird aber schon jetzt dahin zu streben sein, daß Arbeiterinnen möglichst nicht mehr in Räumen beschäftigt werden, in denen Dinitrobenzol oder Trinitroanisol verarbeitet wird. Sobald genügend männliche Arbeitskräfte zu haben sind, werden die Arbeiterinnen auch von der Beschäftigung mit anderen Nitroverbindungen auszuschließen sein. Dr. Curschmann wies auch darauf hin, daß vom ärztlichen Standpunkt aus die Bestrebungen gewisser Frauenkreise des vaterländischen Hilfsdienstes, die eifrig darauf hinwirkten, daß auch Mädchen und Frauen der an körperliche Arbeit nicht gewöhnten Bevölkerungsschichten in Fabriken usw. Arbeit nehmen, vom ärztlichen Standpunkt aus, soweit die chemische Industrie und die Füllbetriebe in Betracht kämen, nicht zu billigen seien.

B. Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Förderung der Mutter-, Säuglings- und Kinderfürsorge. Rundschreiben des Ministeriums, Abteilung für Medizinalangelegenheiten vom 6. März 1918 an die Großherzoglichen Aemter usw.

In dem abschriftlich angeschlossenen Schreiben des Reichsamts des Innern[1]) wird auf die Notwendigkeit, durch geeignete Maßnahmen der Bevölkerungspolitik auf eine Stärkung unserer Volkskraft und Wehrkraft hinzuwirken, in eingehender Weise hingewiesen, und es wird ein Plan für die in Angriff zu nehmenden Arbeiten aufgestellt. Die unterzeichneten Ministerien gehen in Uebereinstimmung mit den in diesem Schreiben entwickelten Grundsätzen davon aus, daß eine Anzahl der vorgeschlagenen Maßnahmen auf dem Gebiete der Mutter,- Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in den Kreis der Aufgaben der Gemeindeverwaltung als Zweige der öffentlichen Wohlfahrtspflege fallen werden. Es gilt dies vornehmlich von den folgenden Maßnahmen:

a) Vermehrung der Entbindungsanstalten,
b) Errichtung von Säuglingsfürsorgestellen,
c) Vermehrung der Säuglingsheime und Krippen,
d) Anstellung von Säuglingsfürsorgerinnnen,
e) Einrichtung von Kinderbewahranstalten.

Auf die Einführung des Unterrichts für die weibliche Jugend in der Kinderfürsorge sowie auf die Anstellung von Schulärzten wird gegebenenfalls später zurückgekommen werden.

Die unterzeichneten Ministerien fordern die Großherzoglichen Aemter, die Magistrate, die Klosterämter und die Gutsobrigkeit über Klütz zu Bothmer auf, zu prüfen, in welcher Weise in ihrem Bezirk die vorstehend aufgeführten Einrichtungen ins Leben gerufen werden können und hiernach das Erforderliche zu veranlassen. Dabei wird bemerkt, daß es nach den örtlichen Verhältnissen zweckmäßig sein kann, wenn die Ortsobrigkeiten diese Einrichtungen nicht selber betreiben, sondern den Betrieb der ins Leben gerufenen Einrichtungen der freien Liebestätigkeit überlassen, welche auf dem Gebiet der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge einschließlich des Mutterschutzes von dem Alexandrawerk organisiert wird. Es wird aber bei der Bedeutung dieser Einrichtungen für das öffentliche Wohl Aufgabe der Ortsobrigkeiten sein, einen maßgebenden Einfluß auf die Tätigkeit dieser freiwilligen Kräfte zu gewinnen und ihre Arbeiten auch finanziell zu fördern.

Einem Bericht über das dort Veranlaßte wollen die unterzeichneten Ministerien binnen zwei Monaten entgegensehen.

---

[1]) Siehe Rundschreiben des Reichsamts des Innern vom 21. Juli 1917; Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 24, 1917, S. 146.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 15/16. 20. August. 1918.

Rechtsprechung.

Schadenersatzpflicht (eines Zahnarztes) wegen fehlerhafter Behandlung eines Kranken. Urteil des Reichsgerichts (VI. Z.-S.) vom 29. April 1918.

In dem von dem Dentisten Wo. in B. unter Mitwirkung von Zahnärzten und -technikern betriebenen zahnärztlichen Ambulatorium war im Dezember 1913 der 10jährigen I. K. behufs Richtigstellung der Zähne eine Kautschukplatte mit 4 Ringen eingesetzt. Da in der Folge das Zahnfleisch angeschwollen war, hatte Dr. M., ein Mitarbeiter des Ambulatoriums, die Dentisten Wa. und Ho. beauftragt, die Platte zu entfernen. Von diesen war jedoch die Platte nur mit drei Ringen entfernt und die I. K. nach Hause geschickt, obwohl ihre Mutter darauf aufmerksam gemacht hatte, daß vier Ringe vorhanden seien. Bald darauf war eine Entzündung des Zahnfleisches eingetreten, die von seiten des Ambulatoriums mit Einspritzen und Einreiben behandelt wurde. Da sich die Entzündung verschlimmerte, wurde die Kranke auf Anraten des Hausarztes zu einem anderen Zahnarzt Dr. R. geschickt; dieser sah sich genötigt, zwei Vorderzähne zu ziehen, wobei der vierte Ring entdeckt wurde. Die Eltern erhoben gegen Wo. und Wa. Klage auf Schadenersatz; sie verlangten neben Erstattung der Heilungskosten und einem Schmerzensgeld von 500 M. auch Ersatz für den Schaden, der ihrer Tochter durch die infolge des Zähneverlustes bedingten Entstellung verminderten Heiratsaussichten entstehen könnten. Das Landgericht Berlin I wies die aus der Entstellung hergeleiteten Ansprüche ab, gab aber der Klage im übrigen statt. Das Kammergericht gab der Klage gegen Wa. statt, wies sie aber gegenüber Wo. ab und begründete seine Entscheidung folgendermaßen:

Ohne Zweifel ist bei der Entfernung der Kautschukplatten ein grobes Versehen unterlaufen, indem der vierte Ring nicht entfernt wurde. Dieser ist dann in das Zahnfleisch gewachsen und so die Ursache der Entzündung geworden. Wenn nun die Beklagten geltend machen, I. K. habe den Verlust der beiden Zähne selbst verschuldet, indem sie die Behandlung im Ambulatorium nicht fortgesetzt habe, sondern zu einem anderen Zahnarzt gegangen sei, so ist dem nicht beizustimmen. Es fehlt jeder Anhalt dafür, daß bei einer Fortsetzung der Behandlung seitens der Beklagten das Ziehen der Zähne hätte vermieden werden können. — Für die Nichtentfernung des Ringes ist Wa. verantwortlich, der zusammen mit Ho. die Platte herausgenommen hat. Er beging eine grobe Fahrlässigkeit, indem er die Mahnung der Frau K. in den Wind schlug, und haftet nach § 823 B.G.B. (Körperverletzung). — Was nun den Inhaber des Ambulatoriums, Wo., betrifft, so hat dieser den ihm nach § 831 B.G.B. offenstehenden Entlastungsbeweis geführt und nachgewiesen, daß er bei der Anstellung von Wa. und Ho. die erforderliche Sorgfalt beobachtet hat. Ho. war lange Zeit Assistent bei dem bekannten Zahnarzt Kö., und Wa., der mehrere Semester Medizin studiert hat, hat sich in ausgezeichneten Praxen erhebliche technische Kenntnisse angeeignet. Er war bei Wo. bereits ein Jahr tätig, als ihm das Versehen passierte. Da mithin gegen Wo. kein Vorwurf zu erheben ist, war die Klage gegen ihn abzuweisen.

Gegen diese Entscheidung legten die Kläger Revision beim Reichsgericht ein, in der sie geltend machten, daß bezgl. der Dentisten Wa. und Ho. nicht festgestellt sei, wie sie sich früher bewährt und was für Zeugnisse sie erhalten hätten. Das allein sei maßgebend hinsichtlich des § 831 und der evtl. Haftung des Beklagten Wo. Dieser habe es zudem an der nötigen Leitung und Aufsicht fehlen lassen. Die höchste Instanz bestätigte die Entscheidung

gegen Wa., verurteilte dagegen Wo., der Klägerin allen Schaden zu ersetzen, der ihr aus dem Verlust der beiden Vorderzähne künftig erwachsen sollte.

(Sächsische Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung zulässig.)

Die zuständige Polizeibehörde ist befugt, die Ableitung einer Jauche aus der Abortgrube eines Grundstückes nach dem Nachbargrundstücke zu verbieten. Entscheidung des Preuß. Ober-Verwaltungsgerichts (IX. Senats) vom 2. Mai 1916. (Min.-Blatt für Medizinalangelegenheiten; 1918, Nr. 7).

Die zuständige Polizeibehörde ist befugt, einer Stadtgemeinde die Ausarbeitung und Vorlage eines Entwurfs zur Errichtung einer Kläranlage an einer bestimmten Stelle aufzugeben. Entscheidung des Preuß. Ober-Verwaltungsgerichts (IX. Senats) vom 28. November 1916. (Min.-Blatt für Med.-Angelegenheiten; 1918, Nr. 25.)

Eine Stadtgemeinde als Anliegerin und demnach Eigentümerin eines Wasserlaufes II. Ordnung darf nach §§ 40 fg. des Wassergesetzes vom 7. April 1913 Wasser oder andere flüssige Stoffe in den Wasserlauf einleiten, muß sich aber dabei in den Grenzen des § 41 Abs. 1, 2 a. a. O. halten und bedarf, wenn sie diese überschreitet, der Verleihung jedenfalls dann, wenn mit der Möglichkeit zu rechnen ist, daß der Wasserlauf durch das eingeleitete Wasser zum Nachteil anderer in erheblichem Umfange verunreinigt werden kann. Beschluß des Königlich Preußischen Landeswasseramtes, II. (zusammengezogenen) Senats vom 7. Dezember 1917.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preußen.

Berechnung der Ergänzungsbeträge für die Benutzung von Schnell- und Eilzügen bei Dienstreisen der Beamten. Runderlaß des Finanzministers vom 12. Juni, durch Erlaß des Ministers des Innern vom 10. Juli 1918 den nachgeordneten Behörden zur Beachtung mitgeteilt.

Infolge der Neuregelung der von der Eisenbahnverwaltung für die Benutzung von Schnell- und Eilzügen erhobenen besonderen Ergänzungsbeträge sind die Beamten bei Dienstreisen genötigt, bei Benutzung der III. und II. Wagenklasse eine Fahrkarte der nächsthöheren Klasse zu lösen, während bei Benutzung der I. Wagenklasse eine Fahrkarte I. und II. Klasse zu lösen ist. Hieraus entsteht bei Reisen in der III. und II. Klasse die Schwierigkeit, daß der als Ergänzung in Rechnung zu stellende Mehrbetrag nur durch Nachfrage am Fahrkartenschalter oder durch Einsicht in die Fahrpreistafeln ermittelt werden kann, während sich bei Reisen in der I. Klasse der Beamte nur den Fahrpreis der als Ergänzung zu lösenden Karte II. Klasse zu merken braucht.

Zur Behebung dieser Schwierigkeiten wird deshalb im Anschluß an die Rundverfügung vom 17. Oktober 1917 — F. M. I 10024, III 9403; M. d. J. I a 1565 — auf Grund des § 8 Abs. 2 des Reisekostengesetzes vom 26. Juli 1910 bestimmt, daß fortan auch die veranslagten Ergänzungsbeträge unter den Voraussetzungen der gedachten Rundverfügung nach den Entfernungsangaben des Reichskursbuches für die benutzte Strecke unter Zugrundelegung der Eisenbahntarifeinheitssätze in Rechnung gestellt werden können. Diese betragen in der III. Wagenklasse 5,7—3,7 = 2 Pf., in der II. Wagenklasse 9—5,7 = 3,3 Pf. für den Kilometer. Als Mindestergänzungsbetrag ist gemäß dem Tarif für jede in Rechnung gestellte Schnellzugsstrecke 3 M. anzusetzen.

Da durch die Abweichungen zwischen den Tarifentfernungen und den Entfernungen nach dem Reichskursbuche unter Umständen geringfügige Benachteiligungen der Beamten eintreten können, bleibt es letzteren überlassen, in jedem Falle durch Nachfrage am Fahrkartenschalter oder in anderer geeigneter Weise den tatsächlichen Fahrpreis der benutzten Klasse zu ermitteln und den Unterschied zu dem Fahrpreis der bezahlten höheren Klasse unter Versicherung seiner Veranslagung in Rechnung zu stellen.

Von vorstehender Regelung bleibt die durch meine Verfügung vom 21. März 1918 — I 3047 II. Ang. — angeordnete besondere Erstattung des Fahrkostenzuschlags von 1 Pf. für jeden Kilometer unberührt.

Kriegszuschläge zu den Gebühren der Notare, Rechtsanwälte und Gerichtsvollzieher und zu den Gerichtskosten. Gesetz vom 6. Juli 1918.

An diesem Gesetz interessiert den Medizinalbeamten folgende auch für sie Anwendung findende Bestimmung über die **Schreibgebühren;**

§ 5. Die im § 113 des Preußischen Gerichtskostengesetzes und im § 19 Abs. 2 der Gebührenordnung für Notare bestimmte Schreibgebühr von 20 Pfennig für die Seite erhöht sich auf 40 Pfennig. Die Seite muß mindestens 32 Zeilen von durchschnittlich 15 Silben enthalten.

Soweit in anderen Gesetzen auf § 113 des Preußischen Gerichtskostengesetzes verwiesen ist, finden die Vorschriften im Abs. 1 Anwendung.

§ 6. Mit dem Ablauf von zwei Jahren nach der Beendigung des gegenwärtigen Kriegszustandes tritt das Gesetz außer Kraft. Die Gebühren für die vor dem Tage des Außerkrafttretens erteilten Aufträge und die vor diesem Tage bereits fällig gewordenen Gerichtskosten sind nach den Vorschriften der §§ 1 bis 4 zu berechnen.

Der Zeitpunkt, zu welchem der Kriegszustand als beendigt anzusehen ist, wird durch Königliche Verordnung bestimmt.

Für die Kriegszeit bestimmte Abänderungen der Gebührenordnung für approbierte Aerzte und Zahnärzte. Bekanntmachung des Ministers des Innern vom 7. August 1918.

Auf Grund des § 18 der Gewerbeordnung für das Deutsche Reich (Reichs-Gesetzbl. 1900 Seite 871 ff.) bestimme ich hierdurch:

I.

Die Gebührenordnung für approbierte Aerzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896 (in der Fassung vom 13. Mai 1906 und vom 28. Mai 1914) wird abgeändert wie folgt:

Die nachstehenden Ziffern des Abschnittes „II Gebühren für approbierte Aerzte", erhalten folgenden Wortlaut:

A. Allgemeine Verrichtungen.

1. der erste Besuch des Arztes bei dem Kranken . . . 3—20 M.
2. jeder folgende Besuch im Verlaufe derselben Krankheit 1,50—10 M.
3. die erste Beratung eines Kranken in der Wohnung des Arztes . . . . 1,50—10 M.
4. jede folgende Beratung in derselben Krankheit . . . 1,00— 5 M.
5. Die Gebühr für den Besuch bezw. die Beratung schließt die Untersuchung des Kranken und die Verordnung mit ein.

Findet jedoch eine besonders eingehende Untersuchung unter Anwendung des Augen-, Kehlkopf-, Ohren-, Scheidenspiegels oder des Mikroskops statt, so können hierfür 3 bis 7,50 M. besonders berechnet werden.

5 a) Beratung durch den Fernsprecher:
bei Tage . . . . 1,50— 5 M.
bei Nacht . . . . 3,00—10 M.

Findet die Beratung von einer öffentlichen Fernsprechstelle aus statt, so steht dem Arzt neben der Gebühr für die Beratung eine Entschädigung für Zeitversäumnis zu, und zwar für jede angefangene halbe Stunde in Höhe von 2 bis 4,50 M.

7. Muß der Arzt nach der Beschaffenheit des Falles oder auf Verlangen des Kranken oder seiner Angehörigen länger als eine halbe Stunde verweilen, so stehen ihm für jede weitere angefangene Stunde 2 bis 4 M. zu. Diese Gebühr fällt fort, wenn bei dem Besuch eine Entschädigung für die durch denselben veranlaßte Zeitversäumnis berechnet wird.

17. In den Fällen zu Nr. 10, 11, 12, 13, 14, 15 dagegen kann auch innerhalb des Wohnortes des Arztes, wenn die Wohnung des Kranken nicht unter zwei Kilometer von der des Arztes entfernt ist, neben der Gebühr für den Besuch eine Entschädigung für Fahrkosten sowie für Zeitversäumnis, und zwar für jede angefangene halbe Stunde in Höhe von 2 bis 4 M. berechnet werden.

20. Außerdem hat der Arzt in den Fällen der Nr. 18 Anspruch auf Entschädigung für die durch die Zurücklegung des Weges bedingte Zeitversäumnis, und zwar bei Tage 2 bis 4,50 M. und bei Nacht 4 bis 9 M. für jede angefangene halbe Stunde der für die Fahrt erforderlichen Zeit.

24. a) Eine kurze Bescheinigung über Gesundheit oder Krankheit eines Menschen 2,50 bis 6 M.,
b) ein ausführlicher Krankheitsbericht 4—15 M.,
c) ein begründetes Gutachten 12 bis 50 M.

25. Ein im Interesse der Heilung des Kranken zu schreibender Brief 3 bis 10 M.

37. Einspritzungen von Heilmitteln (außer dem Betrage für diese):

a) Einspritzungen unter die Haut	2 bis 10 M.
b) Einspritzungen in die Harnröhre oder den Mastdarm	3 bis 15 M.
c) Serumeinspritzungen	3 bis 20 M.
d) Einspritzungen in die Muskeln	5 bis 10 M.
e) Einspritzungen unmittelbar in eine Blutader	10 bis 40 M.

B. Besondere Verrichtungen. Wundärztliche Verrichtungen.

44. Eröffnung eines oberflächlichen Abzesses oder Erweiterung einer Wunde	3 bis 10 M.
47. der erste einfache Verband einer kleinen Wunde	1,50 bis 10 M.
58. Naht und erster Verband einer kleinen Wunde	3 bis 10 M.

II.

Diese Abänderungen treten am 1. September 1918 in Kraft und gelten bis zum Ablauf eines Jahres nach dem Zeitpunkt, zu welchem der Kriegszustand durch Kaiserliche Verordnung (§ 5 Abs. 4 des Gesetzes über Kriegszuschläge zu den Gebühren der Rechtsanwälte und der Gerichtsvollzieher vom 1. April 1918, Reichs-Gesetzbl. 1918, Seite 173) als beendet anzusehen sein wird.

Zählung der von den Medizinaluntersuchungsanstalten ausgeführten Untersuchungen. Runderlaß des Ministers des Innern vom 27. Juni 1918 — M 17553 —.

Das Verfahren der Medizinaluntersuchungsämter und -stellen bei der Zählung der von ihnen ausgeführten Untersuchungen ist bisher insofern nicht einheitlich gewesen, als in den Fällen, in denen ein- und derselbe Eingang von Krankheitsstoff mehreren Untersuchungen unterworfen wurden, diese Untersuchungen zum Teil unter einer gemeinsamen Nummer, zum Teil jede für sich unter besonderer Nummer gerechnet worden sind. Zur Herbeiführung einer gleichmäßigen Zählungsart ersuche ich ergebenst, zu veranlassen, daß jeder neue Eingang von Krankheitsstoff nur eine Nummer erhält, die für alle ihn betreffenden Untersuchungen gilt, mögen sie nur bakteriologisch, chemisch oder mikroskopisch sein oder mehrere dieser Untersuchungsarten umfassen. Dagegen sind die Blut-, Urin-, Stuhl- usw. Proben ein und desselben Kranken, auch wenn sie in derselben Sendung eingehen, als besondere Untersuchungsproben zu zählen.

In den Jahresberichten über die Tätigkeit der Medizinaluntersuchungsämter und -stellen ist jedesmal zu bemerken, daß die Zahl der Untersuchungen auf die angegebene Weise ermittelt worden ist. Die Zahl der Fälle, in denen eine Krankheitsprobe auf mehrere Erreger untersucht worden ist, ist so zu bezeichnen, daß sich bei Zusammenfassung der Untersuchungszahlen für jede Krankheitsart (Ruhr, Typhus usw.) die Uebereinstimmung mit der Gesamtzahl der Untersuchungseingänge erkennen läßt. Die getrennte Aufführung der Zahl der Untersuchungen von Blut, Stuhl usw. in den Einzelübersichten für jede Krankheitsart ist nach wie vor erwünscht.

Für den Jahresbericht des abgelaufenen Rechnungsjahres 1917 ersuche ich, soweit er abweichend von vorstehendem Verfahren aufgestellt ist, die Zahl der wirklichen Untersuchungseingänge noch nachträglich angeben zu lassen.

Ausführung von Choleraschutzimpfungen durch die Kreisärzte. Erlaß des Ministers des Innern vom 27. Juli 1918 — M 11615 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Im Hinblick auf die Choleragefahr, die aus den ehemals zu Rußland gehörenden Gebieten neuerdings droht, ersuche ich ergebenst, die Kreisärzte im Sinne meines Erlasses vom 18. Juni 1915 — M 11616 II. Ang. — Min. Bl. f. Med. Ang. S. 296 — gefälligst umgehend erneut mit Weisung zu versehen.

Ueber den Umfang der ausgeführten Schutzimpfungen gegen die Cholera und über die hierbei gemachten Wahrnehmungen sehe ich gefälligem Berichte zum 15. Dezember d. Js. ergebenst entgegen. Einer Fehlanzeige bedarf es nicht.

Maßnahmen zur Bekämpfung der Ruhr. Erlaß des Ministers des Innern vom 6. Juli 1918 — M 11333 II — an die Herren Regierungspräsidenten.

Im Hinblick darauf, daß die kommende wärmere Jahreszeit ein Anschwellen der Ruhrerkrankungen befürchten läßt, ersuche ich ergebenst, auf die Gefahr der Ruhrerkrankungen durch geeignete Notizen in den gelesensten Tageszeitungen des Bezirks in nicht zu großen Zwischenräumen hinzuweisen. Auch empfiehlt es sich. die im vorigen Jahre ausgearbeitete gemeinverständliche Belehrung über die übertragbare Ruhr von Zeit zu Zeit zu veröffentlichen, auch in größerer, auffallender Schrift wiedergegeben, in öffentlichen Bedürfnisanstalten, Volksspeisehäusern, Fabrikräumen, Krankenkassenräumen aushängen zu lassen.

Für öffentliche und sonstige, vielen Personen zugängliche Bedürfnisanstalten, in Schulen, Fabriken usw. ist es zweckmäßig, anzuordnen, daß der Griff am Wasserzug sowie die Türklinken mit Werg oder Stofflappen umwickelt werden, die dauernd mit Sublimatlösung feuchtzuhalten sind, auch Schüsseln mit 1°/oo Sublimatlösung aufgestellt werden, damit die Besucher der Anstalt nach verrichteter Notdurft die Hände darin abspülen können. Ein Handtuch zum Abtrocknen der Hände ist nicht nötig, vielmehr ist zu empfehlen, die Sublimatlösung an den Händen antrocknen zu lassen, da dadurch noch für längere Zeit die Desinfektionskraft des Sublimats nachwirkt. Durch einen entsprechenden, über der Schüssel anzubringenden Anschlag muß hierauf, wie auf den Zweck der Sublimatlösung hingewiesen werden. Auf die Durchführung dieser Maßnahmen ersuche ich ergebenst bei den in Betracht kommenden Stellen hinzuwirken.

Bei der vorjährigen Ruhrepidemie hat sich sowohl im Regierungsbezirk Marienwerder als auch in einem Kreise des Regierungsbezirks Arnsberg die Maßnahme bewährt, daß den als ruhrkrank polizeilich Gemeldeten mehlhaltige Zusatznahrungsmittel, Haferflocken, Grieß, Graupen, Reis, gewährt, und dies öffentlich bekannt gemacht wurde. Dadurch wurde den Aerzten die Erfüllung der gesetzlichen Meldepflicht erheblich erleichert und die Durchführung der notwendigen Bekämpfungsmaßnahmen wesentlich gefördert. Ich ersuche ergebenst, in diesem Jahre auch im dortigen Bezirk gleiche Maßnahmen, soweit es der zur Zeit allerdings nur knappe Vorrat an mehlhaltigen Nahrungsmitteln zuläßt, in den Dienst der Ruhrbekämpfung zu stellen, um dadurch auch dort die Erfüllung der Anzeigepflicht bei der Ruhr zu fördern.

Einschränkung der bakteriologischen Ruhrfeststellung und Vornahme von Ruhrschutzimpfungen durch die Kreisärzte. Rund-Erlaß des Ministers des Innern vom 19. Juli 1918 — M. 11295 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Erinnere daran, daß die für die bakteriologische Ruhrfeststellung zugelassenen Einschränkungen — Erlaß vom 27. September 1917 — auch weiterhin in Gültigkeit sind. Bakteriologisch festzustellen sind daher auch fernerhin nur die ersten Erkrankungsfälle in einem Orte. Bakteriologische Umgebungsuntersuchungen werden bei dem angeordneten Ermittelungsverfahren entbehrlich.

Was die Vornahme von Schutzimpfungen gegen die Ruhr durch die Kreisärzte anlangt, so ist in einem Sonderfalle entschieden worden, daß diese Impfungen nur bei Gelegenheit anderweiter Dienstreisen erfolgen können. Besondere Kosten für die Staatskasse dürfen hierdurch nicht erwachsen.

Hinweis in den Schulen auf die Gefahr der Ruhrerkrankungen und die geeigneten Bekämpfungsmaßnahmen. Runderlaß des Ministers der geistlichen usw. Angelegenheiten vom 19. Juli 1918 — M. d. g. A. U III A 806 U III usw. — an die Königlichen Regierungen und Königlichen Provinzialschulkollegien.

Im Hinblick darauf, daß die kommende wärmere Jahreszeit ein Anschwellen der Ruhrerkrankungen befürchten läßt, veranlasse ich die Königliche Regierung / das Königliche Provinzialschulkollegium unter Bezugnahme auf meinen Runderlaß vom 31. August 1917 — U III A 1101 U III usw. — in den Schulen durch geeignete Unterweisung der Schüler und Schülerinnen seitens der Lehrer auf die Gefahr der Ruhrerkrankungen und auf die geeigneten Bekämpfungsmaßnahmen hinweisen zu lassen.

Aufklärende Notizen und kurzgefaßte gemeinverständliche Belehrungen werden von Zeit zu Zeit in den gelesensten Tageszeitungen Aufnahme finden. Mit Rücksicht auf die notwendige Papierersparnis ist es aber leider nicht möglich, die mit dem vorgenannten Runderlaß übersandten Belehrungen an jeden einzelnen Schüler verteilen zu lassen.

Pasteurisierung der Milch und Warnung vor dem Genusse ungekochter Milch zwecks Verhütung einer Verbreitung des Typhus. Erlaß des Ministers des Innern vom 5. Juli 1908 — M 11410 — an die Herren Regierungspräsidenten abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Mit Rücksicht auf das Auftreten einiger Sonderfälle von Typhusverbreitung, hervorgerufen durch den Genuß von Milch, ersuche ich ergebenst, darauf hinzuwirken, daß in den Molkereien alle Milch pasteurisiert wird. Wo dies nicht möglich, ist die Bevölkerung vor dem Genusse ungekochter Milch zu warnen. Zu erwägen ersuche ich ferner, ob nicht allgemein eine solche öffentliche Warnung angebracht erscheint.

Berichterstattung über den Umfang der Malariaerkrankungen und die Ausbreitung der Anophelesmücke. Erlaß des Ministers des Innern vom 29. Juni 1918 — M 11313 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Mit Bezug auf den Erlaß vom 4. April d. Js. — 10016 II —.

Bei der zum 1. Januar 1919 geforderten Berichterstattung über den Umfang der Malariaerkrankungen will ich auch einer Aeußerung über die Ausbreitung der Anophelesmücke entgegensehen. Ich ersuche ergebenst, die Kreismedizinalbeamten gefälligst alsbald mit entsprechender Weisung zu versehen.

Unzulässigkeit des Ersatzes von Kochsalz durch Chlorkalium. Erlaß der Minister des Innern und für Handel und Gewerbe vom 27. Mai 1918 — M. d. J. M. 5790, M. f. H. IIb 4412 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Eine Firma hat kürzlich den Versuch gemacht, Chlorkalium unter der Bezeichnung „I a Kalistein-Speisesalz“ an Stelle von Steinsalz (Kochsalz, Speisesalz, Chlornatrium) für Zwecke des menschlichen Genusses in den Verkehr zu bringen. Dies muß als unzulässig bezeichnet werden.

Wenn auch dem Chlorkalium, sofern es in mäßigen Mengen genossen wird, unmittelbare gesundheitsschädliche Wirkungen nicht zuzuschreiben sind, so ist doch bei größeren Mengen, wie sie hier in Betracht kommen, die Unschädlichkeit nicht mehr mit Sicherheit anzunehmen. Vor allem aber läßt sich das Kochsalz in der Nahrung des Menschen durch Chlorkalium nicht ersetzen. Das Kochsalz ist nicht lediglich als eine entbehrliche oder durch andere Stoffe ersetzbare Würze anzusehen, sondern es bildet einen Bestandteil der Nahrung, ohne den die Existenz und die Tätigkeit des menschlichen Organismus sich nicht aufrechterhalten läßt. Würde Kochsalz in der Nahrung völlig weggelassen und durch Chlorkalium ersetzt werden, so ist mit der Gefahr schwerer

Gesundheitsschädigung zu rechnen. Dazu kommt, daß auch in geschmacklicher Hinsicht das Chlorkalium nicht imstande ist, Kochsalz zu ersetzen.

Die Herren Regierungspräsidenten ersuchen wir ergebenst, den an der Ueberwachung des Verkehrs mit Lebensmitteln beteiligten Beamten und Sachverständigen sowie insbesondere den öffentlichen Nahrungsmittel-Untersuchungsanstalten alsbald von vorstehendem Kenntnis zu geben und hierbei darauf hinzuweisen, daß außer dem Nahrungsmittelgesetz noch die Bundesratsverordnung gegen irreführende Bezeichnung von Nahrungs- und Genußmitteln vom 26. Juni 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 588) und zur Fernhaltung unzuverlässiger Personen vom Handel vom 23. September 1915 (Reichs-Gesetzbl. S. 603) in Betracht kommen.

Herausgabe einer neuen Auflage des Hebammenlehrbuches. Erlaß des Ministers des Innern vom 29. Juni 1918 — M 6601 — an die Herren Regierungspräsidenten abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Da die im Jahre 1912 erschienene Neuausgabe des Hebammenlehrbuches seit einiger Zeit vergriffen ist, habe ich den Druck einer neuen Auflage des Buches durch den Verlag von Julius Springer, Berlin W. 9, Linkstr. 23/24, veranlaßt.

Infolge der erheblichen Steigerung aller Preise für Papier, Löhne, Buchdruck und sonstiger Schwierigkeiten ist es der genannten Firma nicht mehr möglich gewesen, das Buch in der gleichen Ausführung wie früher herzustellen, sowie an den seinerzeit festgesetzten, mit meinem Erlaß vom 19. November 1912 M 7871 — mitgeteilten Preisen für den Bezug des Lehrbuches festzuhalten. Doch hat sie sich verpflichtet, das Buch an die Hebammenlehranstalten, deren Lehrer und Schülerinnen, an die Königlichen Behörden und Beamten sowie an die Hebammen, sofern für diese die Bestellung durch deren Aufsichtsbehörde oder durch den Kreis-(Stadt-)ausschuß direkt erfolgt, zum Preise von 2,80 M. abzugeben. Für das Publikum ist der Preis auf 4,50 M. festgesetzt. Außerdem wird die Firma Springer die Ergänzungsblätter, die die wichtigsten Abänderungen des Buches enthalten und in die alten Lehrbücher (Ausgabe 1912) eingeklebt werden können, zum Preise von 25 Pf. für sämtliche Blätter liefern. In allen vorgenannten Preisen ist das Porto für Uebersendung der Bücher und Ergänzungsblätter nicht mit eingerechnet.

Anliegend übersende ich einen Abdruck des neuen Lehrbuches für den dortigen Dienstgebrauch sowie je einen Abdruck der Ergänzungsblätter für das alte Lehrbuch. Ich bemerke hierzu, das zwar der Inhalt des Buches im allgemeinen unverändert geblieben ist, daß aber doch auf Grund der seit 1912 von verschiedenen Sachverständigen geäußerten Wünsche zahlreiche Aenderungen einzelner Worte zur Beseitigung bestehender Unklarheiten, sinnstörender Redewendungen oder sonstiger Unstimmigkeiten erfolgt sowie die §§ 92, 113, 114, 131, 157, 194, 197, 210, 212, 217, 219, 251, 253, 259, 283, 300, 415, 427, 494, 511 des Lehrbuches sowie Spalte 4 des Tagebuches in mehr oder minder wichtigen Punkten verändert oder durch Zusätze ergänzt worden sind, über die auch das Vorwort der Neuauflage Aufschluß gibt. Die Dienstanweisung für die Hebamme ist, abgesehen von der unwesentlichen Aenderung der Vorschriften über die Führung des Tagebuches, unverändert geblieben.

Wenn es auch erforderlich ist, daß im Hebammenunterricht fortan nur noch die Neuauflage 1918 des Hebammenlehrbuches benutzt wird, so kann doch andererseits den bereits in der Praxis stehenden bezw. schon ausgebildeten Hebammen die Benutzung der bisherigen Ausgabe des Lehrbuchs (1912) auch weiterhin gestattet werden unter der Voraussetzung, daß sie die Ergänzungsblätter der Neuauflage für die alten Bücher beschaffen und sich mit den wichtigsten Abänderungen vertraut machen. Dagegen sind die Kreisärzte gehalten, sich die Neuauflage des Lehrbuches aus der ihnen zustehenden Amtsunkostenentschädigung zu beschaffen.

Weiterhin sind die Kreisärzte anzuweisen, bei den Nachprüfungen der Hebammen und bei sonst sich bietenden Anlässen, insbesondere gelegetlich ihrer Teilnahme an den Verhandlungen der Hebammenvereine, die Hebammen auf die Abänderungen des Lehrbuches hinzuweisen sowie sich davon zu überzeugen, daß die einzelnen Hebammen innerhalb einer angemessenen Frist die

neuen Vorschriften des Buches erlernt und ihre Gerätschaften durch das im § 194 Ziff. 11 vorgeschriebene veränderte Glasgefäß zum Abmessen ergänzt haben.

Ich ersuche, die nachgeordneten Behörden und Kreisärzte von vorstehendem in Kenntnis zu setzen und sie zu veranlassen, auch die Hebammen mit entsprechender Anweisung zu versehen.

Erteilung von Prüfungszeugnissen an die auf Kosten staatlicher Behörden als Desinfektor ausgebildeten Personen. Erlaß des Ministers des Innern vom 8. Juli 1918 — M 11164 — an die Herren Regierungspräsidenten.

In Abänderung des Erlasses vom 21. Juni 1907 — M 6214 U I — Min. Bl. f. Med. Ang. S. 258 — bestimme ich zur Beseitigung hervorgetretener Mißstände, daß in Zukunft allgemein an Personen, die auf Kosten von staatlichen Behörden als Desinfektor ausgebildet worden sind, über die bestandene Prüfung nur dann ein Zeugnis erteilt wird, wenn diese Personen es ausdrücklich verlangen. Die Stempelabgabe von 3 M. ist sodann von den Geprüften zu zahlen.

Der Behörde, von der die Ueberweisung der Prüflinge erfolgt ist, ist im übrigen von dem Ergebnis der Prüfung lediglich eine steuerfreie Benachrichtigung zu machen.

Beschaffenheit der physiologischen Kochsalzlösung. Erlaß des Ministers des Innern vom 28. Juni 1918.

Nach dem Erlaß vom 17. März 1915 sind in allen Apotheken sterile physiologische Kochsalzlösungen in mindestens zwei Glasröhren (Ampullen) vorrätig zu halten. Den Apothekenvorständen ist dabei zur Pflicht gemacht, auf etwaige Veränderungen dieser Lösungen stetig zu achten. Da infolge der Kriegsverhältnisse die Güte der Glasröhren nachgelassen hat, so daß mit einer minderen Widerstandsfähigkeit gegenüber Salzlösungen gerechnet werden muß, ersuche ich ergebenst, die Apothekenvorstände erneut auf die beschränkte Haltbarkeit der sterilen physiologischen Kochsalzlösung mit dem Hinzufügen aufmerksam zu machen, daß von ihnen nur solche Ampullen abgegeben werden dürfen, deren Inhalt, entsprechend dem Deutschen Arzneibuch 5. Ausgabe, frei von jeder Ausscheidung, also vollständig klar ist. Die Kreisärzte sind anzuweisen, bei ihren alljährlichen Apothekenmusterungen (§ 28 der Anweisung für die amtliche Besichtigung der Apotheken vom 18. Februar 1902) auf die Klarheit der Lösungen ganz besonders zu achten.

B. Großherzogtum Baden.

Untersagung der Behandlung von Geschlechtskranken durch Apotheker. Erlaß des Ministeriums des Innern vom 13. März 1918.

Wie uns mitgeteilt wird, hat neuerdings die Ratserteilung an Geschlechtskranke durch Apotheker und die Abgabe aller möglichen inneren und äußeren Arzneimittel an solche ohne ärztliche Verschreibung erheblich zugenommen. Ein solches Verfahren verstößt gegen § 30 der Verordnung vom 11. September 1896/26. November 1903, betreffend den Geschäftsbetrieb in den Apotheken, wonach den Apothekern die Ausübung der Heilkunde untersagt ist. Wir beauftragen daher die Großh. Bezirksärzte, die Apotheker hierauf ausdrücklich hinzuweisen.

Auch sind die praktischen Aerzte, insbesondere die Spezialärzte für Geschlechtskrankheiten zu ersuchen, etwaige zu ihrer Kenntnis gelangende Verstöße der Apotheker in der bezeichneten Richtung zur Kenntnis des Bezirksarztes zu bringen, damit dieser in der Lage ist, ein geeignetes Einschreiten gegen den betreffenden Apotheker herbeizuführen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 17/18. 20. September. 1918.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Verkehr mit Gummisauger. Verordnung des Bundesrats (a) und Ausführungsbestimmungen (b) vom 27. August 1918.

a. § 1. Gummi- oder Regeneratsauger, die geeignet sind, als Mundstücke für Kindersaugflaschen Verwendung zu finden, sind an die Handelsgesellschaft Deutscher Apotheker m. b. H. in Berlin zu liefern; die Sauger dürfen außerhalb der Apotheken nicht feilgehalten oder verkauft werden.

Das Gleiche gilt für andere Gummi- oder Regeneratfabrikate, die zu Mundstücken für Kindersaugflaschen geeignet gemacht worden sind.

§ 2. Der Reichskanzler kann die näheren Bedingungen für die Lieferung festsetzen und erläßt die erforderlichen Ausführungsbestimmungen. Er kann bestimmen, daß Zuwiderhandlungen mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu fünfzehnhundert Mark bestraft und daß die Gummisauger, auf die sich die Zuwiderhandlung bezieht, ohne Unterschied, ob sie dem Täter gehören oder nicht, eingezogen werden.

§ 3. Der Reichskanzler kann Ausnahmen zulassen.

§ 4. Die Verordnung tritt am 9. September 1918 in Kraft; sie tritt an die Stelle der Bekanntmachung über Gummisauger vom 3. August 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 879). Der Reichskanzler bestimmt den Zeitpunkt des Außerkrafttretens.

b. § 1. Wer Gummi- oder Regeneratsauger, die geeignet sind, als Mundstücke für Kindersaugflaschen Verwendung zu finden, aus dem Ausland einführt, ist verpflichtet, der Handelsgesellschaft Deutscher Apotheker m. b. H. in Berlin den Eingang der Ware unter Angabe der Menge, des bezahlten Einkaufspreises und des Aufbewahrungsortes unverzüglich anzuzeigen. Die Anzeige hat durch eingeschriebenen Brief zu erfolgen. Dabei ist tunlichst ein von der Gesellschaft vorzuschreibendes Formular zu benutzen. Als Einführender im Sinne dieser Bestimmung gilt, wer nach Eingang der Ware zur Verfügung über sie für eigene oder fremde Rechnung berechtigt ist. Befindet sich der Verfügungsberechtigte nicht im Inland, so tritt an seine Stelle der Empfänger.

Die Gleiche Verpflichtung hat, wer Gummi- oder Regeneratsauger zum Zwecke der Weiterveräußerung von einem anderen als der Handelsgesellschaft Deutscher Apotheker m. b. H. in Berlin oder den von dieser belieferten Apotheken erwirbt oder solche der Gesellschaft nicht angemeldete anderweit erworbene oder aus dem Ausland eingeführte Sauger am 9. September 1918 zum Zwecke der Weiterveräußerung in Gewahrsam hat.

Das gleiche gilt für andere Gummi- oder Regeneratfabrikate, die zu Mundstücken für Kindersaugflaschen geeignet gemacht worden sind.

§ 2. Die Handelsgesellschaft Deutscher Apotheker hat sich unverzüglich nach Empfang der Anzeige, und wenn eine Besichtigung vorgenommen wird, nach der Besichtigung zu erklären, ob sie die Ware übernehmen will. Eine Ablehnung der Uebernahme hat schriftlich zu erfolgen.

§ 3. Der zur Anzeige Verpflichtete hat die Ware bis zur Abnahme durch die Gesellschaft mit der Sorgfalt eines ordentlichen Kaufmanns zu behandeln, in handelsüblicher Weise zu versichern, auf Verlangen der Gesellschaft an einem von dieser zu bestimmenden Orte zur Besichtigung zu stellen, auf Abruf zu verladen und an die Gesellschaft zu liefern.

§ 4. Die Gesellschaft hat für die von ihr übernommene Ware einen angemessenen Uebernahmepreis zu zahlen. Wird eine Einigung über die Höhe

des Uebernahmepreises nicht erzielt, so entscheidet endgültig der Staatssekretär des Kriegsernährungsamts.

§ 5. Die höhere Verwaltungsbehörde entscheidet endgültig alle Streitigkeiten, die sich zwischen den Beteiligten über die Aufbewahrung und Versicherung ergeben.

§ 6. Die Landeszentralbehörden bestimmen, wer als höhere Verwaltungsbehörde im Sinne dieser Bestimmungen anzusehen ist.

§ 7. Die Gesellschaft hat die übernommene Ware nach den an sie ergehenden Anweisungen durch die Apotheken den Verbrauchern zuzuführen. An Entbindungsanstalten, Wöchnerinnen-, Säuglingsheime und ähnliche Betriebe darf sie unmittelbar liefern.

§ 8. Die in dem § 1 bezeichneten Gegenstände dürfen außerhalb der Apotheken nicht feilgehalten oder verkauft werden.

§ 9. Mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu fünfzehnhundert Mark wird bestraft, wer den Vorschriften der §§ 1, 3 und 8 zuwiderhandelt.

Neben der Strafe kann auf Einziehung der Sauger oder Fabrikate erkannt werden, auf die sich die strafbare Handlung bezieht, ohne Unterschied, ob sie dem Täter gehören oder nicht.

§ 10. Diese Bestimmungen treten am 9. September 1918 in Kraft. Sie treten an die Stelle der Ausführungsbestimmungen zur Verordnung des Bundesrats über Gummisauger vom 3. August 1916 (Reichs-Gesetzblatt S. 880/881).

B. Königreich Preussen.

Maßnahmen zur Bekämpfung der Pilzerkrankungen der Haare. Runderlaß des Ministers des Innern vom 24. Juni 1918 — M 10897 — an die Herrn Regierungspräsidenten (a) an die Aerztekammern (b).

a. Wie eine Zusammenstellung der auf meinen Erlaß vom 29. Januar d. J. — M 10066 — eingegangenen Berichte ergeben hat, ist in den letzten Monaten an verschiedenen Orten und besonders in den Großstädten Preußens eine nicht unbeträchtliche Zunahme der durch Pilze hervorgerufenen Haarerkrankungen, vor allen Dingen der Bart- und Scherflechten, zu beobachten gewesen, so daß sich ein großer Teil der Regierungspräsidenten bereits veranlaßt gesehen hat, mit den Barbier- und Friseurinnungen in Verbidnung zu treten und sie auf die Beobachtung der notwendigen Reinlichkeit bei Ausübung ihres Berufes hinzuweisen.

Ich ersuche ergebenst, auch weiterhin der Bekämpfung der Haarkrankheiten größte Aufmerksamkeit zu widmen und durch möglichst persönliches Benehmen mit den Friseur- und Barbierinnungen auf diese einwirken zu wollen, daß in den Barbierläden

1. auf peinliche Sauberkeit geachtet wird,
2. Personen mit Gesichts- oder Kopfausschlägen nur mit besonderen, dem Kunden gehörigen Instrumenten und Apparaten bedient werden.

Ich ersuche ferner, soweit dies nicht schon geschehen sein sollte, alsbald zu prüfen, ob die für das Barbier-, Friseur-, Haarschneide- und Perrückenmacher-Gewerbe bestehenden Polizeiverordnungen oder Innungs- und Handwerkskammer-Vorschriften (§§ 94c. 103n Reichs-Gewerbe-Ordnung) einer Ergänzung im Sinne der in der Anlage aufgeführten Punkte bedürfen. In Betracht kommt ferner die Anordnung einer häufigeren Kontrolle namentlich der Barbiergeschäfte durch Polizeibeamte nach Anweisung durch den Kreisarzt.

Endlich wollen Sie das in der Anlage beigefügte Merkblatt für Friseure von Professor Erich Hoffmann in Bonn, das durch die Hofbuchdruckerei Carthaus in Bonn bezogen werden kann, an die Mitglieder der Friseurinnungen mit der Weisung verteilen lassen, auch den Lehrlingen und Gesellen dieses Merkblatt zur genauen Beachtung bekanntzugeben. Bei den Meisterprüfungen werden zweckmäßige Fragen über die Verbreitungsweise der übertragbaren Haarerkrankungen und ihre Verhütung zu stellen sein.

Anlage

1. Personen, welche an Hauterkrankungen der Bart- oder Kopfhaut leiden, dürfen weder das Barbiergewerbe ausüben noch in öffentlichen Barbiergeschäften bedient werden.

2. Werden sie in ihrer eigenen Wohnung bedient, dann darf der Friseur hierfür Gegenstände aus seinem gewerblichen Betrieb nicht verwenden, sondern nur solche aus dem Besitz des Kunden.

3. Nach dem Bedienen solcher Kunden hat sich der Friseur unmittelbar die Hände in 1‰ Sublimatlösung oder 3% Karbolsäurelösung gründlich zu waschen.

4. Personen, welche das Rasieren an anderen gewerbsmäßig oder unentgeltlich ausüben, dürfen zum Einseifen den Rasierpinsel nur dann benutzen, wenn er zum ausschließlichen Gebrauch des zu Rasierenden bestimmt ist.

5. In öffentlichen Barbiergeschäften ist der Gebrauch des Pinsels und der Puderquaste verboten, ebenso die Verwendung von Waschlappen, Trockentüchern, Bartbinden und dergleichen bei mehreren Personen.

6. Rasiermesser, Scheren und Haarschneidemaschinen sind vor dem Gebrauch 5 Minuten in Alkohol oder, wenn dieser nicht erhältlich, in 3% Wasserstoffspueroxydlösung einzulegen, in fließendem Wasser abzuspülen und mit sauberen Zellstoff zu trocknen.

7. Die Desinfektionsflüssigkeit ist mindestens einmal täglich zu erneuern.

8 In Barbiergeschäften dürfen dieselben Kämme, Bürsten und dergleichen nicht in Herren- und Damenabteilung gebraucht werden. Für beide Abteilungen sind dauernd gesondert aufbewahrte Gegenstände zu verwenden.

b. Wie eine bei den Regierungspräsidenten und dem Polizeipräsidenten hierselbst veranlaßte Umfrage ergeben hat, haben an verschiedenen Orten und besonders in den Großstädten Preußens die übertragbaren Haarkrankheiten in den letzten Monaten nicht unerheblich zugenommen. Zur tunlichsten Vermeidung einer Weiterverbreitung dieser Krankheiten durch die Friseur- und Barbiergeschäfte habe ich die notwendigen Schritte eingeleitet.

Um auch die Aerzte, die zur Zeit mehr als früher zur Behandlung der übertragbaren Haarkrankheiten in Anspruch genommen werden, in ihren Kenntnissen über diese Krankheit zu fördern, ersuche ich ergebenst, das beigefügte Merkblatt über ansteckende Haut- und Geschlechtskrankheiten von Professor Erich Hoffmann in Bonn unter die Aerzte des dortigen Kammerbezirks zu verteilen. Sollten weitere Stücke des Merkblattes notwendig sein, so können solche von hier aus noch zur Verfügung gestellt werden. Der etwaige Mehrbedarf würde gegebenenfalls hierher mitzuteilen sein.

Anlage

Merkblatt für Aerzte über ansteckende Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Entworfen von Prof. Erich Hoffman-Bonn.

I. Pilzflechten.

Oberflächliche Trichophytien und tiefe Bartflechten sind ebenso wie Ekzema marginatum und scherende Flechten der Kopfhaut (Trichophytien, Mikrosporien) durch den Krieg häufiger geworden und stellenweise auch auf dem Lande stark verbreitet. Ihre Uebertragung geschieht in den Rasierstuben, ferner durch Wäsche, Gasmasken und andere Gerätschaften, feuchte Umschläge, direkte Berührung und durch Ansteckung von krankem Vieh (Rind, Katze, Hund, Pferd). Der Nachweis der Pilze ist leicht zu führen, wenn man Schuppen und ausgezogene kranke Haare vom Rande der Herde mit 8—10 fach verdünnter Kalilauge zwischen Objektträger und Deckglas bringt und nach leichten Erwärmen über der Flamme (ohne Blasenbildung) frisch untersucht oder den Patienten zu dieser Untersuchung einer Klinik oder einem erfahrenen Spezialarzt zuweist.

Die Behandlung der oberflächlichen Trichophytie ist im Anfang einfach und oft schnell erfolgreich; mit 10% Salicylspiritus (Acid. salic. 3,0, Spir. vin. [70%] ad 300) oder verdünnter Jodtinktur (Tinct. jodi 5,0, Spir. vini [60%] ad 20,0) werden 5 bis 8 Tage lang täglich 2 mal die Herde bis 1 cm über ihren Rand hinaus mittels eines mit Watte umwickelten Holzstäbchens gründlich abgerieben. Daneben wird zweckmäßig Salicyl-Schwefelsalbe (Acid. salic. 0,6, Sulf. praecip. 3,0, Eucerin, Mitin, Laneps oder Ungt. neutrale ad 30,0) gebraucht, die auch zur Nachbehandlung dient. Wird Salbe nicht gut vertragen, empfiehlt sich dafür Resorcinschwefelschüttelmixtur (Resorc. res. 2,0, Sulf. praec., Zinc.

oxyd., Talc. ven., Mollphor. aa 10,0 Aqu. ad 100,0). Einfaches Pinseln mit Jodtinktur ist nicht ausreichend. In hartnäckigen Fällen kann auch 10 % Pyrogallusspiritus genommen werden, ferner besonders an den Händen und Füßen und zwischen den Zehen (interdigitale Trichophytie) $^{1}/_{2}$—1 % Chrysarobin-Zinkpaste. Verschleppung auf benachbarte Stellen durch Rasieren ist zu vermeiden, Heilung erst nach mehrfach negativem Pilzbefund in Schuppen und Haaren anzunehmen.

Tiefe Trichophytie des Bartes, der Kopfhaut oder anderer Stellen wird mit starker essigsaurer Tonerdelösung (1 Teil Liq. Alum. acet. und 4—5 Teile gekochten Wassers) in Form eines Prießnitzschen Verbandes mit darübergelegten heißen Breikissen oder Kataplasmen behandelt, später ebenfalls mit Salizyl-Schwefelsalbe. Rasieren ist zu verbieten. Von größter Bedeutung ist die Entfernung aller Barthaare durch Röntgenepilation, die in einer Klinik oder bei einem erfahrenen Spezialisten in einer Sitzung eingeleitet und nach etwa 14 Tagen mit der Epilationspinzette vollzogen wird. Auch bei Scherflechte des Kopfes (Mikrosporie, Trichophytie) ist ebenso wie bei hartnäckiger oberflächlicher Barttrichophytie die Röntgenepilation dringend anzuraten. Maßregeln zur Verhütung der familiären Uebertragung der Trichophytien sind stets geboten. Bei tiefen Bartflechten leistet auch die intradermale Einspritzung von 0,25—0,5 Pilzextrakt Trichophytin (Höchst) Gutes; auch die intraglutäale Injektion von Leukogen ist bei abszedierenden Formen nützlich. Im Notfall ist ein allgemeines Rasierverbot ins Auge zu fassen.

Verhalten der Trichophytonpilze gegen Desinfektionsmittel. Erlaß des Ministers des Innern vom 12. August 1918 — M 11318 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Unter Bezugnahme auf den Erlaß vom 24. Juni — M 10897 —[1]) übersende ich anliegend zur gefälligen Kenntnisnahme Abschrift des Berichts, den der Direktor des hiesigen Instituts für Infektionskrankheiten „Robert Koch" unter dem 15. Juni d. Js. über das Verhalten der Trichophytonpilze gegen Desinfektionsmittel erstattet hat.

Anlage

Ueber das Verhalten der Trichophytonpilze gegen Desinfektionsmittel und über die zur Verhütung der Krankheit in Betracht kommenden Maßnahmen sind im Institut Versuche angestellt worden. Danach ist zur Desinfektion der Hände vor allem Sublimat zu empfehlen, zur Desinfektion der Rasiermesser Abreiben mit 80 %igem Alkohol bezw. Brennspiritus. Da die Desinfektion der Pinsel schwer durchführbar ist, so ist gegen das Verbot der Benutzung von Pinseln und ihren Ersatz durch Einreiben mit der Hand praktisch wohl nichts einzuwenden, obwohl sich bekanntlich eine völlig sichere Desinfektion der Hände durch kein Verfahren erreichen läßt; außerdem ist wohl leider zu bezweifeln, ob die Vorschrift einer jedesmaligen Desinfektion der Hände nach Bedienung eines Kunden in der Praxis sich durchführen läßt. Das Sublimat hat jedoch an der Hand eine länger anhaltende Nachwirkung, so daß bereits eine mehrmalige Sublimatwaschung im Verlauf des Tages sehr wirksam sein würde.

Für die Reinigung der übrigen Geräte, die bei der Uebertragung der Bartflechte eine verhältnismäßig geringe Rolle spielen, dürfte warmes Wasser oder Sodalösung genügen. Bemerkt sei noch, daß das Durchziehen von Metallinstrumenten durch die Flamme zur Desinfektion nicht geeignet ist.

Erhöhung der Eisenbahnfahrkosten bei Dienstreisen der Staatsbeamten. Gesetz vom 9. August 1918.

Artikel I. A. § 3 Abs. 1 Nr. 1 des Reisekostengesetzes vom 26. Juli 1910 erhält folgende Fassung:

1. für Wegestrecken, die auf Eisenbahnen oder Schiffen zurückgelegt werden können,
   a) die im § 1 unter I bis IV genannten Beamten . . . . . 11 Pf., wenn der Fahrpreis für die erste Wagenklasse bezahlt ist, sonst 8,2 „
   b) die unter V und VI genannten Beamten . . . . 8,2 „

---

[1]) Siehe vorstehend.

wenn der Fahrpreis für die zweite Wagenklasse oder die erste Schiffsklasse bezahlt ist, sonst . . . . 6 Pf.,
c) die unter VII genannten Beamten . . . . 6 „
Außerdem werden die tatsächlich aufzuwendenden Schnellzugszuschläge erstattet.

B. Im § 3 Abs. 4 a. a. O. tritt die Zahl „6" an die Stelle von „5".

Artikel II. Dieses Gesetz tritt am 1. April 1918 in Kraft; es ist auf die vor dem 1. April 1918 begonnenen Dienstreisen anzuwenden, insofern hierbei Eisenbahnfahrten unter Geltung des Gesetzes vom 8. April 1917 (R.-G.-Bl. S. 329) über die Besteuerung des Personen- und Güterverkehrs zurückgelegt werden.

Artikel III. Bei künftigen Erhöhungen der Eisenbahnfahrpreise können die gesetzlichen Fahrkosten durch Kgl. Verordnung entsprechend erhöht werden.

Kaiser Wilhelm-Schule Deutscher Krankenpflegerinnen. Erlaß des Ministers des Innern vom 6. August 1918 — M 6138 — an die Herren Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten.

Der Hauptvorstand des Vaterländischen Frauenvereins in Berlin hat beschlossen, eine Fortbildungsanstalt für Krankenpflegerinnen unter dem Namen „Kaiser Wilhelm-Schule Deutscher Krankenpflegerinnen" ins Leben zu rufen. Der Hauptvorstand wird durch ein besonderes Kuratorium zwar Leiter der ganzen Anstalt, diese selbst aber als ein Werk sämtlicher Vaterländischer Frauenvereine zu betrachten sein. Seine Majestät der Kaiser und König haben dem Unternehmen Allerhöchstseine besondere Förderung zugesagt und zur Verwirklichung des Planes eine Beihilfe von einer Million Mark aus der Kaiser Wilhelm-Spende Deutscher Frauen in Aussicht gestellt. Seine Majestät legen Wert darauf, daß der namentlich Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin sehr am Herzen liegende Plan von allen beteiligten Behörden nach Möglichkeit mit Rat und Tat gefördert wird. Ich ersuche ergebenst, bei sich bietender Gelegenheit gefälligst entsprechend verfahren zu wollen.

C. Königreich Bayern.

Abänderung der Verordnung über Gebühren für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis und der Bekanntmachung über die Entschädigung der Aerzte bei Benutzung von Kraftwagen. Königliche Verordnung vom 27. Juli 1918 (a) und Bekanntmachung des Ministeriums des Innern vom 27. Juli 1918 (b).

a. Die Ziffern 1 und 2 des Abschnittes A Gebühren für Besuche und Beratungen (Zeugnisse, Berichte, Gutachten, Briefe) erhalten folgende Fassung:

1. Besuch in der Wohnung des Kranken:
   a) für den ersten Besuch bei Tag . . . . 3—10 M.
   b) für jeden folgenden Besuch bei Tag im Verlaufe derselben Krankheit . . . . 2—6 M.
   c) für Besuche bei Tag, welche auf Verlangen des Kranken oder seiner Angehörigen sofort oder zu einer bestimmten Stunde gemacht werden, und zwar
      für den ersten . . . . 5—20 M.
      für jeden folgenden . . . . 3—12 M.
   d) für jeden Besuch bei Nacht (von 9 Uhr abends bis 7 Uhr morgens) . . . . 6—20 M.
2. Beratung eines Kranken in der Wohnung des Arztes, sowie auch telephonische Beratung:
   a) für die erste Beratung bei Tag . . . . 2—6 M.
   b) für jede folgende Beratung bei Tag im Verlaufe derselben Krankheit . . . . 1.50—3 M.
   c) für jede Beratung bei Nacht . . . . 4—20 M.

Die Mindestsätze aller übrigen Gebühren der Gebührenordnung werden um die Hälfte erhöht.

Diese Verordnung tritt mit dem Ablauf von zwei Jahren nach Beendigung des gegenwärtigen Kriegszustandes außer Kraft. Der Zeitpunkt, zu welchem der Kriegszustand als beendet anzusehen ist, wird durch Königliche Verordnung bestimmt.

b. Die Ziffer 1 der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1902 über Entschädigung für Fahrrad- und Motorbenützung durch Aerzte, GVBl. S. 737, wird,

soweit sie sich auf die Vergütung für Benützung des eigenen Kraftwagens bezieht, aufgehoben.

Die Entschädigung für Aerzte bei Benützung des eigenen Kraftwagens bemißt sich nach § 6 der Königlichen Verordnung vom 17. Oktober 1901 über ärztliche Gebühren, GVBl. S. 629. Hiernach ist die Entschädigung zu berechnen.

D. Königreich Sachsen.

Regelung der Wohlfahrtspflege. Gesetz vom 30. Mai 1918.

§ 1. Als Wohlfahrtspflege im Sinne dieses Gesetzes gelten die Säuglings- und Kleinkinderpflege einschließlich des Mutterschutzes, die Wohnungspflege, die Krüppelhilfe und die Bekämpfung der Tuberkulose.

§ 2. (1) Zum Zwecke der Wohlfahrtspflege wird das Land in Pflegebezirke eingeteilt. Pflegebezirke bilden:

1. jede Stadt mit revidierter Städteordnung und jede Landgemeinde, die nach der Volkszählung vom Jahre 1910 mehr als 10000 Einwohner zählt, sofern nicht die Stadt oder die Landgemeinde innerhalb eines Jahres nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes beschließt, von Bildung eines eigenen Pflegebezirks abzusehen,
2. jeder Bezirksverband als Gesamtheit derjenigen Gemeinden, die keinen eigenen Pflegebezirk bilden, und der selbständigen Gutsbezirke.

(2) Binnen einem Jahre nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes können Gemeinden und selbständige Gutsbezirke sich einem benachbarten Pflegebezirke der unter 1 genannten Art innerhalb desselben Bzirksverbandes angliedern. Dies geschieht durch Bildung eines Gemeindeverbandes nach dem Gesetze vom 18. Juni 1910. Mit der Genehmigung der Verbandssatzung scheiden sie aus ihrem ursprünglichen Pflegebezirk aus.

(3) Eine spätere Aenderung der Pflegebezirke bedarf der Genehmigung des Ministeriums des Innern. Der Zusammenschluß mehrerer Pflegebezirke für alle oder bestimmte einzelne Zwecke der Wohlfahrtspflege ist jederzeit zulässig.

(4) Gemeinden und Gutsbezirke, die einem anderen Pflegebezirk angehören, bleiben von den Bezirksanlagen befreit, die der Bezirksverband als Pflegebezirk erhebt.

§ 3. (1) Die Wohlfahrtspflege ist eine Pflichtaufgabe der Pflegebezirke und innerhalb dieser der Gemeinden und selbständigen Gutsbezirke. Die Durchführung der Wohlfahrtspflege im einzelnen liegt in erster Linie den Gemeinden und Gutsbezirken ob; bereits bestehende gemeindliche Wohlfahrtseinrichtungen sind vom Pflegebezirke mit größter Schonung zu behandeln. Die auf dem gleichen Gebiete tätigen freiwilligen Organisationen sollen tunlichst zur Mitwirkung herangezogen werden.

(2) Von den Kreishauptmannschaften ist auf gegenseitige Förderung und Zusammenarbeit der freien kommunalen und bezirksweise organisierten Wohlfahrtspflege hinzuwirken.

(3) Für die Wohlfahrtspflege der Bezirksverbände gelten die §§ 4 bis 8.

§ 4. Die Ausgestaltung der Wohlfahrtspflege im Bezirksverbande liegt einem Ausschuß (Pflegeausschuß) ob.

Er besteht aus

a) einem Beamten der Amtshauptmannschaft und vier Vertretern der Gemeinden und selbständigen Gutsbezirke. Sie werden von der Bezirksversammlung auf die Dauer von 6 Jahren gewählt;
b) zwei Vertretern der im Pflegebezirk vorhandenen Krankenkassen, die von diesen auf die Dauer von 3 Jahren abgeordnet werden;
c) wenigstens sechs weiteren Mitgliedern, die von den unter a und b Genannten gleichfalls auf die Dauer von 3 Jahren hinzugewählt werden. Unter ihnen muß sich ein Arzt und eine Bezirkspflegerin befinden.

§ 5. Der Pflegeausschuß wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden auf die Dauer von 3 Jahren und stellt eine Geschäftsordnung auf, die nach Gehör des Bezirksausschusses der Kreishauptmannschaft zur Genehmigung vorzulegen ist. Die Geschäftsordnung hat insbesondere über die Einsetzung eines engeren Arbeitsausschusses oder von Unterausschüssen für die einzelnen Zweige der Wohlfahrtspflege oder für die einzelnen Teile des Pflegebezirks Bestimmung zu treffen.

§ 6. (1) Der Pflegeausschuß hat alljährlich seinen Haushaltsplan und

seine Jahresrechnung so zeitig dem Bezirksausschusse vorzulegen, daß beide zugleich mit dem Haushaltsplane und der Jahresrechnung des Bezirks an die Bezirksversammlung gelangen können.

(2) Ueber die Festsetzung des Haushaltsplanes, die Richtigsprechung der Jahresrechnung und die Aufbringung der erforderlichen Mittel beschließt die Bezirksversammlung. Gegen Beschlüsse, die Anträge des Pflegeausschusses oder die Bewilligung der dafür erforderlichen Mittel abzulehnen, kann dieser binnen Monatsfrist die Entscheidung der Kreishauptmannschaft anrufen, die unter Zuziehung des Kreisausschusses endgültig entscheidet.

§ 7. Bei den Wahlen und Beschlüssen, die der Bezirksversammlung nach diesem Gesetz zustehen, sind nur stimmberechtigt

a) der Amtshauptmann, im Falle seiner Behinderung, sein Stellvertreter;
b) diejenigen Vertreter der Höchstbesteuerten, die zu den Lasten des Pflegebezirks beitragen;
c) diejenigen Abgeordneten der Städte und Landgemeinden, an deren Wahl ein zum Pflegebezirk gehöriger Ort beteiligt gewesen ist.

Für die Beschlußfähigkeit kommen lediglich die hiernach stimmberechtigten Mitglieder in Betracht.

§ 8. Innerhalb der durch die Gesetze, den Haushaltsplan und die Geschäftsordnung gegebenen Grenzen verfügt der Pflegeausschuß als Organ der Bezirksvertretung selbständig. Polizeiliche Befugnisse besitzt er nicht.

§ 9. Die Bezirksverbände als Pflegebezirke (§ 2 Abs. 1 Ziffer 2) sind berufen, die Erziehung und Verpflegung der Minderjährigen, die in ihrem Bezirk erzogen und verpflegt werden und unter keine von einer Gemeinde begründete gesetzliche Vormundschaft oder Pflegschaft fallen, insoweit zu beaufsichtigen, als diese Aufsicht die Voraussetzung für die Begründung einer gesetzlichen Vormundschaft oder Pflegschaft durch sie bildet. Die dadurch entstehenden Kosten sind denjenigen Gemeinden aufzuerlegen, welche keine gesetzliche Vormundschaft und Pflegschaft eingeführt haben, einer anderen Gemeinde nur insoweit, als zufolge von Einschränkungen des Kreises der in ihr der gesetzlichen Vormundschaft oder Pflegschaft unterstehenden Minderjährigen eine Belastung des Bezirksverbandes eintritt. Auf diese Beaufsichtigung finden die §§ 4 bis 6 und 8 keine Anwendung.

§ 10. Die zur Durchführung dieses Gesetzes erforderlichen Bestimmungen werden vom Ministerium des Innern getroffen.

E. Großherzogtum Baden.

Ausstellung von amtsärztlichen Zeugnissen für auswärtige Kurgäste.

Erlaß des Großh. Ministeriums des Innern vom 19. Juli 1918 an sämtliche Bezirksärzte und Bezirksassistenzärzte.

Nach § 10 Abs. 1 unserer Verordnung obigen Betreffs vom 10. Juni 1918 (Gesetzes- und Verordnungsbl. Seite 149) dürfen ortsfremde Personen in den in § 6 Abs. 1 aufgeführten Kommunalverbandsbezirken, in den in sonstigen Bezirken gelegenen Heilbädern, Kurorten und Erholungsplätzen sowie in allen Gemeinden unter 6000 Einwohnern zu Kur-, Erholungs- oder Vergnügungszwecken nicht länger als 4 Wochen Aufenthalt nehmen; durch die Bekanntmachung vom 10. Juni 1918 im Staatsanzeiger Nr. 135 vom 14. Juni 1918 wurde in den daselbst aufgeführten Bezirken die zulässige Aufenthaltsdauer auf 3 Wochen beschränkt. Nach § 10 Abs. 3 Ziffer 7 der genannten Verordnung besteht keine Beschränkung des Aufenthalts für solche Fremde, deren Aufenthalt nach amtsärztlichem Zeugnis durch gesundheitliche Notwendigkeit begründet ist, nebst den etwa notwendigen Begleitpersonen. Nach Absatz 4 Satz 2 daselbst ist im amtsärztlichen Zeugnis die Dauer und der Ort des notwendigen Aufenthalts und die Zahl der allenfalls zuzulassenden Begleitpersonen festzulegen.

Die gespannte Ernährungslage verbietet es bedauerlicherweise, daß bei Ausstellung dieser Zeugnisse zu milde und wohlwollend verfahren wird. Den Bezirken konnten für den Fremdenverkehr nur begrenzte Mengen von Nahrungsmitteln überwiesen werden, ebenso mußte in den Bezirken mit Hauptfremdenverkehr die Zahl der Uebernachtungen beschränkt werden. Je länger daher der Aufenthalt einzelner Personen ausgedehnt wird, einer desto geringeren Zahl von Erholungsbedürftigen kann Unterkunft und Verpflegung gewährt werden.

Bei der Beurteilung der „gesundheitlichen Notwendigkeit" für einen längeren Landaufenthalt ist es somit notwendig, einen strengen Maßstab anzulegen, die gesundheitliche Notwendigkeit ist im einzelnen Falle durch die Art des Leidens und seiner Heilungsmöglichkeit usw. zu begründen. Allgemeine Erholungsbedürftigkeit wird in der Regel nicht genügen, um die Notwendigkeit eines die Dauer von 3 oder 4 Wochen übersteigenden Aufenthalts zu rechtfertigen.

Ebenso ist bei der Bemessung der Dauer des notwendigen Aufenthalts Vorsicht und Zurückhaltung zu üben und die Aufenthaltsdauer auf das unbedingt notwendige Maß zu beschränken und zeitlich genau zu begrenzen. Das gleiche gilt für die Zahl der allenfalls zuzulassenden Begleitpersonen für Kranke. In der Regel wird eine Begleitperson genügen; auf keinen Fall ist es angängig, daß bei Erkrankung eines Familiengliedes sämtliche Familienangehörige als Begleitpersonen im amtsärzlichen Zeugnisse zugelassen werden.

Die Zeugnisse sind regelmäßig nur auf Grund persönlicher Untersuchung des Amtsarztes auszustellen. Für Kranke, welche in einer durch einen Arzt geleiteten Krankenanstalt untergebracht sind, genügt nach § 10 Abs. 4 Satz 3 der Verordnung vom 10. Juni 1918 das Zeugnis des ärztlichen Leiters der Anstalt, sofern es vom Amtsarzt des Anstaltssitzes bestätigt ist; auch dieses Zeugnis hat sich über die Dauer des erforderlichen Aufenthalts und die Zahl der notwendigen Begleitpersonen auszusprechen. Wenn sich ein Kranker in Behandlung eines Spezialarztes befindet, kann der Amtsarzt seiner Begutachtung ein Zeugnis des Spezialarztes zu Grunde legen; das spezialärztliche Zeugnis hat gleichfalls Dauer und Ort des notwendigen Aufenthalts sowie die Zahl der notwendigen Begleitpersonen anzugeben.

Zur Ausstellung des amtsärztlichen Zeugnisses ist jeder beamtete Arzt zuständig; die Bescheinigung ist zu unterzeichnen und mit dem Amtssiegel zu versehen.

F. Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Erhöhung der Tagegelder für die Kreisärzte. Großherzogliche Verordnung vom 8. Juli 1918. (Regierungsbl. S. 931.)

§ 1. Das unter B Ziffer 18 der Taxe für die Kreisärzte vom 1. Juli 1910 (Rbl. 1910 Nr. 25) als Entschädigung für Zeitversäumnis und Verpflegung festgesetzte Tagegeld wird wegen der durch den Kriegszustand veränderten wirtschaftlichen Verhältnisse vom 1. Juli 1918 an auf 20 M. erhöht.

§ 2. Der Zeitpunkt, mit welchem an die Stelle der im § 1 bestimmten Sätze wieder die bisher maßgebend gewesenen Sätze treten sollen, wird von Unserem Ministerium, Abteilung für Medizinalangelegenheiten, bestimmt.

G. Großherzogtum Mecklenburg-Strelitz.

Untersuchung von Frauenspersonen, die einer Geschlechtskrankheit verdächtig sind. Erlaß des Ministeriums, Abteilung für Medizinalangelegenheiten, vom 1. Juli 1918 an sämtliche Aerzte.

Die Kreisärzte und diejenigen praktischen Aerzte, die im Auftrage der Polizeibehörden die Untersuchung von Frauenspersonen, welche als verdächtig einer Geschlechtskrankheit gemeldet sind, vorzunehmen haben, werden hierdurch angewiesen, in allen den Fällen, in denen die Diagnose der vorhandenen Erkrankung nicht sofort bei der gewöhnlichen ärztlichen Untersuchung gestellt werden kann, sich weiterer Feststellungsmethoden zu bedienen. Bei Verdacht auf Tripper ist das Sekret der Harnröhre, Scheide und des Zervikalkanals auf Tripperreger mikroskopisch zu untersuchen, bei Verdacht auf Syphilis ist durch das Landesgesundheitsamt zu Schwerin Abt. A die Vornahme der Wassermannschen Reaktion zu bewirken. Die Kosten der letzteren, die in diesem Falle nach dem vom Landesgesundheitsamte festgesetzten Minimalsatze zu berechnen sind, fallen der auftraggebenden Behörde zur Last.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 19/20. 20. Oktober. 1918.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Zuschläge zu den gesetzlichen Tagegeldern bei Dienstreisen der Staatsbeamten. Runderlaß der Minister des Innern und der Finanzen vom 4. September 1918 — M. d. I. Ia 1275/1275 II, F. M. I 7977, II 10823, III 7507 — an die nachgeordneten Behörden.

Die immer weiter steigenden Kosten der auswärtigen Unterkunft und Verpflegung haben gegenwärtig eine Höhe erreicht, welche die Voraussetzungen des § 8 Abs. 2 des Reisekostengesetzes vom 26. Juli 1910 durchweg als vorliegend und eine allgemeine Regelung der deswegen zu gewährenden Zuschüsse durch Festsetzung einheitlicher Zuschläge zu den gesetzlichen Tagegeldern wünschenswert erscheinen lassen Die durchaus ungewöhnlichen Preisverhältnisse bringen es mit sich, daß der Unterschied zwischen den Aufwendungen der verschiedenen Beamtenklassen sich erheblich verringert hat. Es erscheint daher für die geringeren Tagegeldersätze gegenwärtig eine größere Aufbesserung nötig als für die höheren. Auch ist es geboten, einen Unterschied zu machen zwischen eintägigen Reisen einerseits, bei denen der Beamte nur zu geringeren Aufwendungen genötigt ist, und mehrtägigen Reisen andererseits, bei denen die Einnahme mehrerer Mahlzeiten und die Uebernachtung erhebliche Kosten verursacht.

In Berücksichtigung dieser Umstände bewilligen wir hierdurch gemäß § 8 Abs. 2 des Reisekostengesetzes für den Bereich der allgemeinen Verwaltung sowie der Verwaltungen des Innern und der direkten Steuern folgende Zuschläge zu den gesetzlichen Tagegeldern:

den im § 1 des Reisekostengesetzes genannten Beamten bei Dienstreisen, die an demselben Tage angetreten und beendet werden,

unter I bis III	30
„ IV	40
„ V und VI	50
„ VII	60,

bei mehrtägigen Dienstreisen

unter I bis III	40
„ IV	50
„ V und VI	60
„ VII	75

vom Hundert der zuständigen Tagegelder.

Werden planmäßig angestellte Beamte vorübergehend außerhalb ihres Wohnortes bei einer Behörde beschäftigt (§ 2 des Reisekostengesetzes vom 26. Juli 1910), so werden die Zuschläge nur für die Tage der Hin- und Rückreise, und zwar stets nach dem Satze für mehrtägige Dienstreisen, dagegen nicht während der Dauer der auswärtigen Beschäftigung gewährt.

Die Zuschläge sind vom 1. September 1918 ab in allen Fällen ohne weiteren Nachweis zu gewähren und mit den zuständigen Tagegeldern zu verrechnen. Hat der Beamte über diese Sätze hinaus erhöhte Aufwendungen gehabt, so ist nach wie vor ein Antrag an uns notwendig.

Zu den Sätzen der allgemeinen Verfügung des Staatsministeriums über die Festsetzung von Pauschvergütungen für Dienstreisen nach nahe gelegenen Orten vom 13. Oktober 1911 (Gesetzsamml. S. 213) werden die Zuschläge nicht gewährt.

Wegen einer entsprechenden angemessenen Erhöhung der sonstigen verordnungsmäßigen Tagegelder behalten wir uns die Regelung von Fall zu Fall vor.

Ausführung der Weil-Felixschen Blutreaktion in den Medizinaluntersuchungsanstalten. Erlaß des Ministers des Innern vom 29. August 1918 — M 11741 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Mit Rücksicht auf die jetzt häufiger vorkommenden Fleckfiebererkrankungen durch Einschleppung von Rückwanderern, die aus vormals russischen Gebieten zurückkehren, habe ich die Medizinaluntersuchungsämter, die Medizinaluntersuchungsstelle in Bromberg, die Hygienischen Institute in Posen, Beuthen O.S., Saarbrücken, die Hygienischen Universitätsinstitute sowie das Institut für Hygiene und Bakteriologie in Gelsenkirchen veranlaßt, die Weil-Felixsche Blutreaktion fortan gleichfalls vorzunehmen. Ich ersuche ergebenst, die praktischen Aerzte in geeigneter Weise zu benachrichtigen. Abdrucke für die Kreisärzte sind beigefügt. Im übrigen erfolgt Abdruck dieses Erlasses im Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten.

Merkblatt für Aerzte über Vergiftungen beim Arbeiten mit nitrierten Kohlenwasserstoffen der aromatischen Reihe unter besonderer Berücksichtigung der Dinitrobenzolvergiftung. Erlaß der Minister für Handel und Gewerbe und des Innern vom 17. Juli 1918 — M. f. H. III 4233, M. d. I. M. 2633 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Anläßlich der Bekanntmachung über die Gewährung von Sterbegeld und Hinterbliebenenrenten bei Gesundheitsschädigung durch aromatische Nitroverbindungen vom 12. Oktober 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 900) hat das Kaiserliche Gesundheitsamt das in einem Abdruck beiliegende „Merkblatt für Aerzte über Vergiftungen beim Arbeiten mit nitrierten Kohlenwasserstoffen der aromatischen Reihe unter besonderer Berücksichtigung der Dinitrobenzolvergiftung“ ausgearbeitet. Zur Verteilung an die beteiligten Aerzte, an die es besonders abgegeben werden soll, stehen dem mitunterzeichneten Minister für Handel und Gewerbe 350 Abdrucke zur Verfügung. Wir ersuchen Sie, den Bedarf für den dortigen Regierungsbezirk (bei Berlin: für den Landespolizeibezirk Berlin) binnen drei Monaten bei dem Minister für Handel und Gewerbe anzumelden.

Vorschriften über die staatliche Prüfung von Fürsorgerinnen. Erlaß der Minister des Innern und der geistlichen Unterrichtsangelegenheiten vom 10. September 1918 — M. d. I. M 2975, M. d. g, A. U III B 6802. 1 — an sämtliche Herren Oberpräsidenten, Regierungspräsidenten und die Königlichen Regierungen.

Die zunehmende Bedeutung eines gut ausgebildeten weiblichen Personals für die praktische Durchführung der gesundheitlichen und erzieherischen Fürsorge in Gemeinden und Kreisen sowie die Ungleichheiten und Mängel in der Ausbildung der Kreisfürsorgerinnen und ähnlicher von Kreisfürsorgeämtern, Wohlfahrtsämtern usw. anzustellenden Personen haben uns veranlaßt, Vorschriften über die staatliche Prüfung von Fürsorgerinnen zu erlassen.

Anbei übersenden wir 5 Abdrucke dieser Vorschriften sowie der Richtlinien für die Ausführung einzelner Bestimmungen mit dem Ersuchen, gefälligst diesen Erlaß und seine Anlagen im Amtsblatt der dortigen Regierung sowie in sonst in Frage kommenden Blättern bekanntzumachen.

Die dort eingehenden Anträge einzelner Wohlfahrtsschulen, Sozialer Frauenschulen und ähnlicher Anstalten auf staatliche Anerkennung und Bildung von Prüfungsausschüssen im Sinne der §§ 1 und 2 der Prüfungsvorschriften sind uns mit den gemäß §§ 1 und 2 der Richtlinien zu erstattenden Berichten baldtunlichst vorzulegen.

Mit Rücksicht auf den großen Bedarf an ausreichend vorgebildeten Fürsorgerinnen wollen wir uns damit einverstanden erklären, daß unter milder Auslegung des § 5 Ziffer 4 der Prüfungsvorschriften bis zum 1. Oktober 1919 auch solche Personen zur staatlichen Prüfung als Fürsorgerinnen zugelassen werden, die den Voraussetzungen des § 4 Ziff. 5—7 der Prüfungsordnung nicht in vollem Umfange entsprechen. Doch sind in diesen Fällen außer den Zeug-

nissen gemäß § 4 Ziff. 1—4 und 8—9 als Vorbedingung für die Zulassung mindestens ausreichende Nachweise darüber zu fordern, daß die Bewerberinnen bereits ein gewisses Maß von Ausbildung in der Kranken- oder Säuglingspflege sowie in der Kindererziehung und -fürsorge genossen und an einem mindestens 1½jährigen zusammenhängenden Lehrgange in einer Wohlfahrtsschule (Sozialen Frauenschule usw.) teilgenommen haben, deren Lehrpläne und sonstige Einrichtungen wenigstens annähernd den Anforderungen der §§ 10 bis 12 der Prüfungsordnung gerecht werden.

Dahingehende Gesuche um Zulassung zur Prüfung sind unter Beifügung der erforderlichen Nachweise an den zuständigen Regierungspräsidenten (im Landespolizeibezirk Berlin an den Polizeipräsidenten in Berlin) zu richten und von diesem mit einem im Sinne obiger Grundsätze zu erstattenden Gutachten desjenigen Prüfungsausschusses, vor dem die Prüfung abgelegt werden soll, sowie mit einem eigenen Bericht an uns weiterzureichen.

Vorschriften über die staatliche Prüfung von Fürsorgerinnen.

§ 1. Staatliche Prüfungen von Fürsorgerinnen finden nach Bedarf an staatich anerkannten Wohlfahrtsschulen, Sozialen Frauenschulen oder ähnlichen Unterrichtsanstalten statt.

§ 2. Der Prüfungsausschuß wird von dem Minister des Innern und dem Minister der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten ernannt. Er besteht aus einem Medizinalbeamten als Vorsitzenden, einem Schulaufsichtsbeamten und drei von dem Vorstand der Schule vorzuschlagenden Lehrern (Lehrerinnen) der Wohlfahrtsschule, Sozialen Frauenschule usw. Unter den Mitgliedern des Prüfungsausschusses müssen einschließlich des Vorsitzenden mindestens zwei Aerzte sein.

Die als Prüfungsstellen dienenden Anstalten, Sitze der Prüfungsausschüsse und Namen ihrer Vorsitzenden sowie die Zeitpunkte der Prüfungen werden durch das „Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten" und das „Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung" bekanntgegeben.

§ 3. Die Zulassungsgesuche sind dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses, vor dem die Ablegung der Prüfung beabsichtigt ist, unter Beifügung der erforderlichen Nachweise (§ 4) sechs Wochen vor Beginn der Prüfung einzureichen.

§ 4. Dem Zulassungsgesuch sind beizufügen:

1. der durch die Geburts- oder Taufurkunde zu erbringende Nachweis des vollendeten 24. Lebensjahres,
2. ein selbstverfaßter und eigenhändig geschriebener Lebenslauf,
3. ein behördliches Leumundszeugnis,
4. der Nachweis des erfolgreich abgeschlossenen Besuches eines Lyzeums, der nur ausnahmsweise durch den Nachweis einer geringeren Vorbildung, jedoch mindestens durch ein Zeugnis über den Abschluß einer anerkannten Mädchenmittelschule ersetzt werden kann.
5. der Nachweis der staatlichen Anerkennung als Krankenpflegeperson oder Säuglingspflegerin,
6. der Nachweis der Ausbildung und der staatlichen Prüfung als Kindergärtnerin, Hortnerin oder Lehrerin,
7. der Nachweis der nach Ableistung der staatlichen Prüfung als Krankenpflegeperson oder Säuglingspflegerin sowie Kindergärtnerin, Hortnerin oder Lehrerin erfolgten anderthalbjährigen erfolgreichen und einwandfreien Teilnahme an einem zusammenhängenden Lehrgange in einer staatlichen oder staatlich anerkannten Wohlfahrtsschule (Sozialen Frauenschule usw.),
8. ein im Laufe der vorausgegangenen drei Monate ausgestelltes kreisärztliches Zeugnis darüber, daß die Gesuchstellerin körperlich und geistig gesund sowie zur Ausübung des Berufs einer Fürsorgerin tauglich ist,
9. eine von dem Vorstand der Wohlfahrtsschule usw. abgegebene Erklärung, daß die Gesuchstellerin die für den Beruf einer Fürsorgerin erforderliche sittliche Reife besitzt.

Ueber die Zulassung zur Prüfung entscheidet endgültig der Vorsitzende des Prüfungsausschusses.

§ 5. 1. Bewerberinnen, die den Vorbedingungen unter Ziffer 5 des § 4 nicht entsprechen, können ausnahmsweise zur Prüfung zugelassen werden, wenn sie den Nachweis erbringen, daß sie eine im Sinne der Vorschriften über

die staatliche Prüfung der Krankenpflegepersonen bezw. Säuglingspflegerinnen mindestens gleichwertige Ausbildung in der Krankenpflege oder Säuglingspflege genossen haben.

2. Bewerberinnen, die den Vorbedingungen unter Ziffer 6 des § 4 nicht entsprechen, werden zur Prüfung ausnahmsweise zugelassen, wenn sie an einem mindestens zweijährigen Lehrgang in einer anerkannten Wohlfahrtsschule (Sozialen Frauenschule usw.) teilgenommen und innerhalb dieser Ausbildungszeit wenigstens ein halbes Jahr theoretischen und praktischen Unterricht in erziehlicher Betreuung und Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen genossen haben.

3. Bewerberinnen, die bereits vor Erlaß dieser Prüfungsvorschriften mindestens zwei Jahre mit Erfolg in der Wohlfahrtspflege oder Fürsorge tätig gewesen sind und dies durch entsprechende Zeugnisse der unteren Verwaltungsbehörde (Landrat, Bürgermeister) und des zuständigen Kreisarztes nachweisen, können zur Prüfung schon auf Grund einer abgekürzten Vorbildung in einer Wohlfahrtsschule (Sozialen Frauenschule usw.) zugelassen werden.

Die Entscheidung hierüber, insbesondere über die Dauer des nachzuholenden Lehrgangs, erfolgt im Einzelfalle durch die beiden Minister.

4. Ob und unter welchen Voraussetzungen sonstige Bewerberinnen, die weder den Bedingungen des § 4 Ziffer 5—7 noch des § 5 Ziffer 1—3 entsprechen, auf Grund einer anderen, etwa als gleichwertig anzusehenden Vorbildung ausnahmsweise zur Prüfung zugelassen werden können, wird im Einzelfalle von den beiden Ministern entschieden.

§ 6. Die Gebühren für die Prüfung betragen 60 Mark und sind vor Beginn der Prüfung zu entrichten.

Wer von der Prüfung vor ihrem Beginn zurücktritt, erhält zwei Drittel der bereits entrichteten Prüfungsgebühren zurückerstattet.

§ 7. Die Ladung der Bewerberinnen erfolgt durch den Vorsitzenden des Prüfungsausschusses, und zwar spätestens zwei Wochen vor der Prüfung. Zugleich mit der Ladung ist der Bewerberin ein Abdruck der Prüfungsvorschriften zuzustellen.

§ 8. Die Prüfung dauert drei Tage; am ersten Tage findet eine praktische, am zweiten eine schriftliche, am dritten eine mündliche Prüfung statt. Ueber notwendige Aenderungen der Reihenfolge der Prüfungsabschnitte entscheidet der Vorsitzende des Prüfungsausschusses.

§ 9. Der Vorsitzende leitet die Prüfung, bestellt bei Behinderung eines Mitgliedes des Prüfungsausschusses einen Vertreter und bestimmt nach Vorschlägen der Mitglieder des Prüfungsausschusses die Prüfungsgegenstände für die praktische und schriftliche Prüfung.

§ 10. In der praktischen Prüfung sollen sich die Bewerberinnen befähigt erweisen, ihre Kenntnisse in der Wohlfahrtspflege und Fürsorge (§ 12 Ziffer 3—6) praktisch zu betätigen. Zu diesem Zwecke wird jeder von ihnen eine praktische Aufgabe zur Erledigung gegeben, über die die Bewerberin einen schriftlichen Bericht zu erstatten und vor dem Prüfungsausschuß mündlich Auskunft zu geben hat.

Der Prüfungsausschuß kann in besonderen Fällen noch weitere praktische Aufgaben stellen, die in Form kurzer Berichte oder Auskunftserteilung zu erledigen sind.

§ 11. Für die schriftliche Prüfung wird der Bewerberin eine Aufgabe gestellt, die sie unter Aufsicht binnen vier Stunden auszuarbeiten hat. Diese Aufgabe soll entweder sowohl die soziale Hygiene, wie die soziale Pädagogik berücksichtigen oder aus demjenigen dieser Gebiete entnommen werden, das im Rahmen der gemäß § 10 gestellten praktischen Aufgabe eine angemessene Berücksichtigung nicht gefunden hat.

§ 12. Die mündliche Prüfung erstreckt sich auf folgende Gegenstände:

1. allgemeine und besondere Gesundheitslehre:
   a) Wohnung und Kleidung,
   b) Ernährung,
   c) Körperpflege;
2. allgemeine Krankheitslehre;
3. soziale Gesundheitslehre (Hygiene des Kindesalters, Schulhygiene, Gewerbehygiene, Arbeiterschutz, Berufskrankheiten, Volksseuchen usw.);
4. öffentliche Fürsorge und Berufskunde usw.);

a) Säuglingsschutz, Mutterschutz, Kinderpflege und -fürsorge,
b) Tuberkulosefürsorge,
c) Trinkerfürsorge,
d) Wohnungsfürsorge,
e) sonstige Fürsorgegebiete;

5. Seelenkunde und Erziehungslehre; erziehliche Betreuung und Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen;
6. allgemeine Bürgerkunde, Versicherungsgesetzgebung sowie sonstige Gesetze und Vorschriften auf dem Gebiete der Volkswohlfahrt und des Gesundheitsschutzes.

§ 13. Gegenstände und Ergebnis der Prüfung werden für jeden Prüfling besonders in einer Niederschrift vermerkt, die von dem Vorsitzenden und den Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu unterzeichnen ist.

§ 14. Die Leistungen der Bewerberinnen in der praktischen, schriftlichen und den einzelnen Fächern der mündlichen Prüfung (§ 12) werden mit sehr gut (1), gut (2), genügend (3), nicht genügend (4) gewertet; hiernach wird auch für die mündliche Prüfung ein Gesamturteil festgelegt. Schließlich werden die Einzelurteile der drei Prüfungsabschnitte in ein Gesamturteil (sehr gut, gut, genügend) in der üblichen Weise zusammengefaßt.

Die Bewerberin hat die Prüfung nicht bestanden, wenn sie in einem der drei Prüfungsabschnitte (praktische, schriftliche, mündliche Prüfung) das Gesamturteil „nicht genügend" erhalten hat.

§ 15. Tritt eine Bewerberin ohne eine nach dem Urteil des Vorsitzenden genügende Entschuldigung im Laufe der Prüfung zurück, so hat sie diese vollständig zu wiederholen. Eine Rückgabe der eingezahlten Gebühren findet in diesem Falle nicht statt.

Die Wiederholung der nicht bestandenen oder ohne Entschuldigung nicht vollendeten Prüfung ist in der Regel nur einmal und frühestens nach sechs Monaten, spätestens nach drei Jahren zulässig. Sie muß bei demjenigen Prüfungsausschuß stattfinden, bei dem die frühere Prüfung abgelegt ist.

Ueber die Zulassung von Ausnahmen entscheiden die beiden Minister.

§ 16. Der Bewerberin wird das Ergebnis der Prüfung vom Vorsitzenden mitgeteilt; hat sie die Prüfung nicht bestanden, so erhält sie auf ihren Antrag die eingereichten Zeugnisse zurück, nachdem auf dem Zeugnis über die Teilnahme an dem Lehrgang in der Wohlfahrtsschule usw. ein Vermerk über den Ausfall der Prüfung gemacht worden ist. Die Prüfungsarbeiten verbleiben bei den Akten des Prüfungsausschusses.

§ 17. Nach bestandener Prüfung hat die Bewerberin ein Probejahr in der praktischen Wohlfahrtspflege und Fürsorge abzuleisten. Sofern sie sich hierbei bewährt und dies nach Abschluß des Probejahres durch eine Bescheinigung der zuständigen unteren Verwaltungsbehörde (Landrat, Bürgermeister) oder des zuständigen Kreisarztes oder des Leiters (Leiterin) einer öffentlichen Fürsorgestelle usw. nachweist, erhält sie die staatliche Anerkennung als Fürsorgerin.

In besonderen Fällen kann der Nachweis des Probejahres von dem zuständigen Regierungspräsidenten — im Landespolizeibezirk Berlin von dem Polizeipräsidenten in Berlin — mit Zustimmung der beiden Minister ganz oder teilweise erlassen werden, wenn die Bewerberin ein Zeugnis darüber beibringt, daß sie eine ausreichende praktische Tätigkeit bereits vor Eintritt in die Wohlfahrtsschule (Soziale Frauenschule usw.) ausgeübt hat.

§ 18. Die staatliche Anerkennung als Fürsorgerin erteilt der für den Prüfungsausschuß zuständige Regierungspräsident — im Landespolizeibezirk Berlin der Polizeipräsident in Berlin —. An ihn sind von dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses die Prüfungsverhandlungen und -zeugnisse, von der Bewerberin die Nachweise über das von ihr abgeleistete Probejahr mit dem Antrage auf Erteilung der staatlichen Anerkennung einzureichen. Die staatliche Anerkennung erfolgt durch Aushändigung des Prüfungszeugnisses und eines Ausweises nach dem anliegenden Muster A.

§ 19. Personen, die schon vor dem Erlaß dieser Prüfungsvorschriften an einem Lehrgang in einer Wohlfahrtsschule (Sozialen Frauenschule usw.) von ausreichender Dauer teilgenommen haben und durch Zeugnisse der zuständigen unteren Verwaltungsbehörde (Landrat, Bürgermeister) und des zu-

ständigen Kreisarztes nachweisen, daß sie die Wohlfahrtspflege und Fürsorge ohne längere Unterbrechungen mindestens fünf Jahre in befriedigender Weise ausgeübt haben, kann die staatliche Anerkennung als Fürsorgerin ohne vorherige Prüfung erteilt werden, sofern spätestens bis zum 1. Juli 1919 ein entsprechender Antrag bei dem für den Wohnsitz zuständigen Regierungspräsidenten — im Landespolizeibezirk Berlin bei dem Polizeipräsidenten in Berlin — gestellt worden ist und der gutachtlich gehörte Prüfungsausschuß sich dafür ausspricht. Sind mehrere Prüfungsausschüsse im Bezirk, so bestimmt der Regierungspräsident — im Landespolizeibezirk Berlin der Polizeipräsident in Berlin — den zu hörenden Prüfungsausschuß. Bei Befürwortung des Prüfungsausschusses kann, wenn besonders dringende Gründe vorliegen, ausnahmsweise auch der Nachweis des Besuchs eines Ausbildungslehrganges in einer Wohlfahrtsschule usw. erlassen werden.

Ueber die Erteilung der staatlichen Anerkennung in den vorstehend bezeichneten Fällen entscheiden die beiden Minister.

§ 20. In dem Falle des § 19 ist ein Ausweis nach dem beiliegenden Muster B zu erteilen.

§ 21. Die in einem anderen deutschen Bundesstaate auf Grund gleicher Vorschriften erfolgte staatliche Anerkennung als Fürsorgerin gilt auch für das preußische Staatsgebiet.

§ 22. Die staatliche Anerkennung als Fürsorgerin kann von dem zuständigen Regierungspräsidenten — im Landespolizeibezirk Berlin von dem Polizeipräsidenten in Berlin — zurückgenommen werden, wenn Tatsachen vorliegen, die den Mangel derjenigen Eigenschaften dartun, die für die Ausübung des Berufs einer Fürsorgerin erforderlich sind, oder wenn die Fürsorgerin den in Ausübung der staatlichen Aufsicht erlassenen Vorschriften beharrlich zuwiderhandelt.

Diese Vorschriften treten am 1. Oktober 1918 in Kraft.

Muster A.

Ausweis für staatlich anerkannte Fürsorgerinnen.

. . . . aus . . . ., die vor dem staatlichen Prüfungsausschuß in . . . . die Prüfung als Fürsorgerin bestanden und das vorgeschriebene Probejahr mit Erfolg abgelegt hat, erhält hiermit die Bescheinigung, daß sie staatlich als Fürsorgerin anerkannt ist.

Für den Fall, daß Tatsachen bekannt werden, die den Mangel derjenigen Eigenschaften dartun, die zur Ausübung des Berufs einer Fürsorgerin erforderlich sind, oder daß die Fürsorgerin den in Ausübung der staatlichen Aufsicht erlassenen Vorschriften beharrlich zuwiderhandelt, bleibt die Zurücknahme der Anerkennung vorbehalten.

. . . ., den . . . . 19 . .

Dienststempel. Unterschrift.

. . . .

Muster B.

Ausweis für staatlich anerkannte Fürsorgerinnen.

. . . . aus . . . . die den Nachweis der Ausbildung in der Wohlfahrtspflege und Fürsorge erbracht hat und die zur Ausübung des Berufs einer Fürsorgerin erforderlichen Eigenschaften besitzt, erhält hiermit die Bescheinigung, daß sie staatlich als Fürsorgerin anerkannt ist.

Abs. 2 usw. wie bei Muster A.

Richtlinien für die Ausführung der Vorschriften über die staatliche Prüfung von Fürsorgerinnen.

Zu § 1. Die staatliche Anerkennung im Sinne des § 1 der Prüfungsvorschriften wird von dem Minister des Innern und dem Minister der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten solchen Wohlfahrtsschulen, Sozialen Frauenschulen und ähnlichen Anstalten erteilt, die einen entsprechenden Antrag stellen und hinsichtlich ihrer Lehrpläne, Lehrkräfte und Einrichtungen sowie in sonstiger Beziehung eine hinreichende Gewähr für eine ordnungsmäßige

Ausbildung der Fürsorgerinnen bieten. Die Anträge auf staatliche Anerkennung sind an den zuständigen Regierungspräsidenten — im Landespolizeibezirk Berlin an den Polizeipräsidenten in Berlin — zu richten und von diesem unter Beteiligung des Provinzialschulkollegiums mit gutachtlicher Aeußerung zunächst dem Minister des Innern vorzulegen.

Neben dem Erfordernis einer einwandfreien Leitung der betreffenden Wohlfahrtsschule, Sozialen Frauenschule usw. gilt als wichtigste Voraussetzung für die staatliche Anerkennung der Schulen der Nachweis, daß die theoretische und praktische Ausbildung der Schülerinnen sich vorwiegend auf die in den §§ 10 bis 12 der Prüfungsordnung bezeichneten Gebiete erstreckt, und daß diese Ausbildung nicht durch ein Uebermaß von Unterricht auf anderen Wissensgebieten beeinträchtigt wird.

Zu § 2. Die von der Wohlfahrtsschule (Sozialen Frauenschule usw.) gemäß § 2 zu machenden Vorschläge, betreffend Zusammensetzung des Prüfungsausschusses, sind dem zuständigen Regierungspräsidenten (im Landespolizeibezirk Berlin dem Polizeipräsidenten) einzureichen und von diesem unter Mitwirkung des Provinzialschulkollegiums mit einer gutachtlichen Aeußerung und mit Vorschlägen über die Ernennung der weiteren Mitglieder des Prüfungsausschusses (Medizinalbeamter als Vorsitzender und Schulaufsichtsbeamter) den beiden Ministern vorzulegen.

Zu § 3. Die Zeitpunkte der Prüfungen sind von dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses mit den als Prüfungsstellen dienenden Anstalten mindestens 3 Monate vor Beginn der Prüfungen zu vereinbaren und von den Anstalten den Bewerberinnen auf Anfrage mitzuteilen.

Zu § 4 Ziffer 7. Die Nachweise über die vorgeschriebene Teilnahme an einem $1^1/_2$ jährigen erfolgreichen Lehrgang in einer staatlich anerkannten Wohlfahrtsschule usw. sind durch Bescheinigung des Leiters (Leiterin) der Wohlfahrtsschule usw. zu führen. Die Lehrgänge dürfen, abgesehen von den üblichen Ferien, nicht durch längere Pausen unterbrochen gewesen sein.

Zu § 5. Die in den Fällen des § 5 Ziffer 3 und 4 an die beiden Minister zu richtenden Gesuche sind dem zuständigen Regierungspräsidenten (Landespolizeibezirk Berlin: Polizeipräsident) und von diesem mit einer gutachtlichen Aeußerung des Prüfungsausschusses, vor dem die Prüfung abgelegt werden soll, zunächst dem Minister des Innern vorzulegen.

Zu § 6. Die Gebühren sind vor der Prüfung an die Anstalt, in der die Prüfung stattfinden soll, zu zahlen.

Von den Gebühren erhält der Vorsitzende des Prüfungsausschusses ein Drittel (einschließlich der Entschädigungen für sächliche Unkosten); der Restbetrag wird zu gleichen Teilen an die anderen 4 Mitglieder des Prüfungsausschusses abgeführt. Sonstige Entschädigungen für die Mitglieder der Prüfungsausschüsse, wie z. B. Reisekosten und Tagegelder, werden nicht gewährt.

Zu § 10. Die praktische Prüfung soll in einer dafür geeigneten Anstalt (Säuglingsheim, Kinderhort, Fürsorgestelle usw.) stattfinden.

Zu § 11. Die Aufgabe für die schriftliche Prüfung ist unter Aufsicht eines Mitgliedes des Prüfungsausschusses anzufertigen. Nach Ablieferung der schriftlichen Aufgabe wird diese zunächst von dem Mitglied des Prüfungsausschusses, auf dessen Vorschlag die Aufgabe gestellt wurde, beurteilt und dann dem Vorsitzenden sewie den übrigen Mitgliedern vorgelegt.

Zu § 12. Die Dauer der mündlichen Prüfung soll so geregelt werden, daß unter Annahme einer Zahl von höchstens 10 Prüflingen vormittags und nachmittags je 2 bis 3 Stunden geprüft und dazwischen eine mindestens zweistündige Mittagspause eingeschaltet wird; doch würde auch gegen eine 4- bis 5 stündige, über den ganzen Vormittag sich erstreckende Prüfung unter der Voraussetzung nichts einzuwenden sein, daß die Prüfung innerhalb dieser Zeit beendigt wird.

Zu § 22. Als Vorschriften, die in Ausübung der staatlichen Aufsicht erlassen sind, kommen bis auf weiteres die zur Zeit bestehenden Bezirksvorschriften in Betracht. Gegen den die Anerkennung zurücknehmenden Bescheid kann Beschwerde bei den beiden Ministern erhoben werden. Derjenigen Behörde, welche die Anerkennung seinerzeit ausgesprochen hat, ist von der Rücknahme der Anerkennung Mitteilung zu machen.

Fürsorge für sittlich gefallene oder gefährdete Mädchen und Frauen. Erlaß des Ministers des Innern vom 15. Juli 1918 — F 705 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Unter den vielen Schäden, die der langandauernde Krieg im Gefolge haben wird, ist, wie zu befürchten steht, auch der zu beklagen, daß eine große Anzahl von Mädchen und Frauen sittlich herabsinken, und daß nach dem Kriege mit einer erheblichen Zunahme derjenigen zu rechnen sein wird, die der gewerbsmäßigen Unzucht nachgehen oder sich auf dem Wege dazu befinden. Dieser Gefahr nach Möglichkeit vorzubeugen und den Gefallenen oder Gefährdeten rechtzeitig und nachhaltig die rettende Hand zu bieten, muß als eine dringende Pflicht aller amtlichen Stellen und der Organe der freiwilligen Liebestätigkeit angesehen werden. Soweit Mädchen unter 18 Jahren in Betracht kommen, stehen die Einrichtungen der Fürsorgeerziehung zur Verfügung. Bei den älteren Personen handelt es sich einmal um Gefährdete, die bei nicht rechtzeitigem Eingreifen der gewerbsmäßigen Unzucht verfallen, sodann um die erstmalig gerichtlich wegen gewerbsmäßiger Unzucht verurteilten und endlich um die gewohnheitsmäßigen Prostituirten. Mit strafrechtlichen Maßnahmen allein wird eine Abhilfe nicht getroffen werden können, es muß vielmehr mit ihnen die Fürsorgearbeit Hand in Hand gehen. Diese letztere bedarf eines weiteren Ausbaues. In Betracht kommt hierbei zunächst die offene Fürsorge, die von amtlich angestellten, entsprechend vorgebildeten Fürsorgerinnen der Polizei-(Gemeinde-)behörden (Polizeiassistentinnen), unter Mitwirkung ehrenamtlich berufener Personen, die auf dem Gebiete der Erziehung und der sozialen Fürsorge besondere Erfahrungen haben, Fürsorgeschwestern und namentlich Fürsorgevereinen in die Hand genommen werden muß. Der Zweck dieser Schutzaufsicht ist, dafür Sorge zu tragen, daß die betreffenden weiblichen Personen wieder einem geordneten Lebenswandel durch Nachweisung von Arbeit oder Beseitigung sonstiger angeblicher Hindernisse zugeführt werden. Stellt sich eine weibliche Person, die wegen gewerbsmäßiger Unzucht unter polizeiliche Aufsicht gestellt werden kann, unter Schutzaufsicht, so unterbleibt die polizeiliche Aufsicht; ebenso sind weibliche Personen, die bereits unter polizeilicher Aufsicht stehen, aus dieser zu entlassen, wenn sie nachweislich unter Schutzaufsicht stehen. Ein solcher Antrag kann auch von der die Schutzaufsicht ausübenden Stelle gestellt werden. Die polizeiliche Aufsicht tritt jedoch ohne weiteres ein, sobald die betreffenden weiblichen Personen den ihnen von der Schutzaufsicht auferlegten Verpflichtungen zuwiderhandeln, insbesondere wenn sie erneut gewerbsmäßige Unzucht treiben.

Bei Minderjährigen, die gewerbsmäßige Unzucht treiben oder begründete Veranlassung zu dem Verdachte bieten, daß sie beabsichtigen, Gewerbsunzucht zu treiben, ist gegebenenfalls die Mitwirkung des Vormundschaftsgerichts zwecks Anordnung der erforderlichen Erziehungs- und Besserungsmaßregeln herbeizuführen.

In vielen Fällen wird die offene Fürsorge zur Erreichung eines geordneten Lebenswandels nicht ausreichen und die geschlossene Fürsorge eintreten müssen, die in Unterkunftshäusern zu vorübergehendem Aufenthalt, in Zufluchtshäusern und Heimen zu länger dauernder Unterbringung, vor allem auch in Heimen nach dem Muster der Arbeiterkolonien auf dem Lande zu üben sein wird. Dazu muß dann ein direkter oder indirekter Zwang treten, der die Fürsorgebedürftigen zum Verbleib in den Fürsorgeanstalten veranlaßt. Die Mittel hierzu bieten sich in der bestehenden Gesetzgebung, und zwar:

a) in der Ueberweisung an die Landespolizeibehörde und Unterbringung der Ueberwiesenen statt in einer Arbeitsanstalt zunächst in einem Zufluchtshaus oder, wo es vorhanden ist, in einem ländlichen Arbeitsheim (Arbeitskolonie für Frauen und Mädchen). Hier ist entweder der § 362 Abs. 3 Satz 2 des Reichsstrafgesetzbuches anzuwenden, oder es kann unter entsprechender Anwendung meines Erlasses vom 23. November 1916 — F 963 —, betreffend die Behandlung der sogenannten „großen Kinder“ unter den Bettlern und Landstreichern, von der Ueberweisung der der Landespolizeibehörde wegen Sittenpolizeiübertretung Ueberwiesenen in ein Arbeitshaus abgesehen werden, wenn sie sich bereit erklärt, sich den von den zuständigen Fürsorgeorganen für erforderlich erachteten Erziehungsmaßregeln zu unterwerfen. Ist dies der Fall, so können sie den Fürsorgestellen ein für allemal die Ermächtigung erteilen, die Erziehungsmaßregeln, insbesondere die Unterbringung in ein Fürsorgehaus oder eine

Arbeitskolonie unmittelbar herbeizuführen. Die Vollstreckung der Nachhaft bleibt dann so lange ausgesetzt, als sich die Verurteilte den getroffenen Maßnahmen nicht entzieht. Tritt dies ein, so ist die Nachhaft alsbald zu vollstrecken, im andern Falle erlangt die Versorgte ihre Verfügungsfreiheit nach Ablauf von zwei Jahren zurück.

Was die Aufbringung der Kosten für die Unterbringung von der Landespolizeibehörde überwiesenen, nicht dem Arbeitshaus zugeführten, sondern in anderen Anstalten untergebrachten weiblichen Personen betrifft, so mache ich darauf aufmerksam, daß die Rheinprovinz sich zu ihrer Tragung ohne Anerkennung einer rechtlichen Verpflichtung und unter Vorbehalt jederzeitigen Widerrufs bereit erklärt hat. Ich habe die Herren Oberpräsidenten ersucht, mit den Provinzial-(Bezirks-)verwaltungen wegen eines gleichen Vorgehens in Verbindung zu treten;

b) in der Entmündung der geistes- und willensschwachen Fürsorgebedürftigen. Zu diesem Zwecke sind die in Zufluchtshäusern oder Arbeitskolonien Untergebrachten auf ihren Geisteszustand zu untersuchen, und es ist ihre Entmündung herbeizuführen, sobald durch das ärztliche Gutachten festgestellt ist, daß sie infolge ihres Geisteszustandes außerstande sind, selbständig und ohne zu straucheln durchs Leben gehen. Der entsprechende Antrag ist bei der Staatsanwaltschaft zu stellen. Es darf angenommen werden, daß auch hier die Provinzialverwaltungen bereit sein werden, ebenso wie bei den sogenannten „großen Kindern“, erforderlichenfalls ihre Psychiater zur Verfügung zu stellen;

c) in der Gewährung von Strafaussetzungen unter der Bedingung, daß die Verurteilten sich während der Bewährungsfrist den Maßregeln der Fürsorgeorgane oder eines Fürsorgevereins unterstellen.

Wegen der unter b und c empfohlenen Maßnahmen werde ich noch mit dem Herrn Justizminister ins Benehmen treten.

Wie im einzelnen die nach vorstehendem ins Leben zu rufenden Einrichtungen zu gestalten sein werden, muß sich nach den örtlichen Verhältnissen richten. Den Mittelpunkt jeder Einrichtung wird die amtlich anzustellende Fürsorgerin zu bilden haben, der es auch obliegt, die Verbindungen mit den zahlreichen auf dem Gebiete der Fürsorge für Frauen und Mädchen wirkenden Vereinen, namentlich auch den konfessionellen, herzustellen.

Ohne damit etwa bestimmte Richtlinien geben zu wollen, sei hier auf das zur Bekämpfung der in Rede stehenden Mißstände in der Stadt Bielefeld durchgeführte Verfahren, das sich bewährt hat, aufmerksam gemacht. Dort ist eine besondere städtische Fürsorgeeinrichtung getroffen, die sich gleichzeitig der gefährdeten Frauen und Mädchen annimmt, bei denen es zu einer richterlichen Aburteilung noch nicht kommt. Es besteht ein Arbeitsausschuß zur Bekämpfung der öffentlichen Unsittlichkeit. Ihm gehören außer der Polizeiassistentin als Vorsitzenden vier vom Magistrat gewählte Frauen aus den Bürgern an. Eine größere Zahl weiterer Arbeitskräfte stehen ihm als freiwillige Helferinnen zur Verfügung. Die Polizeiassistentin erhält von jeder Einlieferung einer weiblichen Person unverzüglich, jedenfalls vor der Vornahme einer ärztlichen Untersuchung, Mitteilung. Handelt es sich lediglich um ein gefährdetes Mädchen, so wird mit Zustimmung der Eingelieferten Schutzaufsicht eingeleitet. Die mit der Schutzaufsicht betraute Helferin sorgt für Arbeit und Unterkommen. Sie bleibt mit ihren Pflegebefohlenen in ständiger Fühlung. Dem Arbeitsausschuß erstattet sie in regelmäßigen Zwischenräumen Bericht. Der Fall erledigt sich dann schließlich damit, daß entweder die Schutzaufsicht aufgehoben und dem Mädchen volle Bewegungsfreiheit zurückgegeben wird, oder dadurch, daß es sich selbst der Schutzaufsicht entzieht. Zwangsmittel stehen in solchen Fällen nicht zur Verfügung. Erfolgt aber erneute Einlieferung, dann sind meistens auch die Vorbedingungen strafrichterlichen Einschreitens gegeben. Der Arbeitsausschuß wird sich jetzt darüber klar werden, ob wiederum lediglich Schutzaufsicht einzuleiten, oder ob Unterbringung in einem Unterkunftshause oder in einer Kolonie erforderlich ist. Dazu wird der Arbeitsausschuß rechtzeitig mit der Beschuldigten Fühlung nehmen. Jetzt wird das Gericht aber die Angeklagte neben der Verurteilung zu einer Haftstrafe der Landespolizeibehörde überweisen. Unterwirft die Verurteilte sich den für erforderlich erachteten Erziehungsmaßregeln, so wird im Anschluß an das Gutachten des Arbeitsausschusses in den Urteilsgründen die Aussetzung der Beschlußfassung

über Festsetzung der Nachhaft empfohlen. Dem entspricht der Regierungspräsident voraussichtlich. Die Verurteilte ist inzwischen auf Grund einer allgemeinen Ermächtigung des Regierungspräsidenten, ohne daß dessen Entscheidung über die Aussetzung der Nachhaft abgewartet zu werden braucht, aus der etwaigen Untersuchungshaft zu entlassen. Sollte noch eine Strafhaft zu verbüßen sein, so kommt in geeigneten Fällen auch wegen dieser bedingter Strafausstand in Frage. Es steht also nichts entgegen, daß die Verurteilte alsbald nach der Aburteilung ihre neue Unterkunfts- und Arbeitsstelle aufsucht. Entzieht sie sich jetzt aber wieder den über sie verhängten Maßnahmen, verläßt sie insbesondere eigenmächtig ihre Arbeits- und Unterkunftsstelle oder entzieht sie sich sonst der Aufsicht, so wird sie unverzüglich festgenommen und nach Festsetzung einer Nachhaft dem Arbeitshause zugeführt werden. Geradeso wird gegenüber Personen verfahren, die zwar das erste Mal polizeilich eingeliefert sind, die aber wegen der Schwere des Falles sofort unter Anklage gestellt und gerichtlich verurteilt werden.

Selbst bei Personen, die bereits einschlägig vorbestraft sind, wird unter Umständen, namentlich von der Unterbringung in dauernder Landarbeit, vielleicht verbunden mit einer Verhängung des Arbeitszwanges, eine dauernde Wirkung zu erhoffen sein. Auch hier empfiehlt es sich also, in geeigneten Fällen von der Festsetzung der Nachhaft vorläufig abzusehen.

Ich ersuche Sie ergebenst, der vorerörterten Frage Ihr Interesse zuzuwenden und alsbald festzustellen, wo in ihrem Bezirk ein Bedürfnis zur Schaffung der empfohlenen Einrichtung besteht. Es werden vorzugsweise größere Städte und Industrieorte in Betracht kommen. Unerläßlich ist das Zusammenarbeiten mit den in der Arbeit an gefallenen oder gefährdeten Frauen und Mädchen stehenden Vereinen und die Fühlungnahme mit den zuständigen Strafrichtern. Die Gemeinden werden, soweit nicht vereinsseitig bereits Zufluchtshäuser bestehen oder Mädchenasyle und dergl. benutzt werden können, entweder zur Schaffung solcher Häuser oder Heime oder zur Unterstützung der Vereine anzuregen sein, damit diese entsprechende Einrichtungen ins Leben rufen. Die Schöpfung je eines evangelischen und katholischen ländlichen Arbeitsheims (Arbeitskolonie für Frauen und Mädchen) ist von der Rheinisch-Westfälischen Gefängnisgesellschaft in den Provinzen Rheinland und Westfalen in Aussicht genommen, in denen alle für eine geschlossene Fürsorge geeignete Frauen und Mädchen ihr Unterkommen finden sollen. Die evangelische Frauenhilfe Westfalen hat zwei ländliche Arbeitsheime (Arbeitskolonien) für Frauen und Mädchen bereits errichtet. Eine wesentliche Hilfe bei der Durchführung der empfohlenen Maßnahmen werden der Gesamtverband der Frauenhilfe Potsdam, Mirbachstraße 2, und der katholische Fürsorgeverein für Mädchen, Frauen und Kinder in Dortmund-Rosenthal leisten können. Ich ersuche, gegebenenfalls mit diesen ins Benehmen zu treten.

Die statistische Erhebung der taubstummen Kinder. Erlaß des Ministers des Innern vom 6. August 1918 — M 2860 — an die Herren Operpräsidenten und den Herrn Regierungspräsidenten in Sigmaringen.

Mit Bezug auf den Erlaß vom 31. Mai v. Js. — M 1262 —.

Bei der Durchführung des vorstehenden Erlasses, betreffend die statistische Erhebung der taubstummen Kinder, ist nach einer Mitteilung des Präsidenten des Statistischen Landesamts zu Tage getreten, daß die Regierungen vielfach die Fragebogen zur Feststellung der Schulpflicht nach Gebrauch, ohne Abschrift zurückzubehalten, an den Landeshauptmann (Landesdirektor) der Provinz weiterleiten. Die Regierungen sind deshalb nicht durchweg in der Lage, den Anordnungen des Erlasses ohne weiteres Folge zu geben. Außerdem hat sich herausgestellt, daß die restlose Erfassung der taubstummen Kinder auf dem beschrittenen Wege nicht möglich ist, weil die Schuldeputationen der kreisfreien Städte die ärztlichen Fragebogen, betreffend die taubstummen Kinder, dem Landeshauptmann (Landesdirektor) unmittelbar einreichen. Mit Rücksicht hierauf bestimme ich, daß vom 1. Oktober d. Js. ab die Zusendung der Fragebogen der taubstummen, tauben und hochgradig schwerhörigen Kinder an das Königliche Statistische Landesamt, hierselbst SW. 68, Lindenstraße 28, nicht mehr durch die Regierungen, sondern unmittelbar durch den Landeshauptmann (Landesdirektor) zu geschehen hat.

B. Königreich Bayern.

Verhandlungen der Aerztekammern 1917. Erlaß des Kgl. Staatsministeriums des Innern vom 9. August 1918 — Nr. 5022 b 9. — an die Kgl. Regierungen, Kammern des Innern.

Auf die Anträge der Aerztekammern, zu denen der K. Obermedizinalausschuß einvernommen wurde, ergeht folgender Bescheid:

1. Einer der Beratung der Aerztekammern unterstellter Anregung des Landesversicherungsamtes, die Zuständigkeit der in jedem Regierungsbezirk am Sitze der Aerztekammer errichteten ärztlichen Kollegien zur Erstattung von Obergutachten in Unfallversicherungsangelegenheiten auf die übrigen Gebiete der Reichsversicherungsordnung, somit der Kranken-, der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu erstrecken, haben sämtliche Kammern zugestimmt. Das Staatsministerium des Innern wird die Anregung des Landesversicherungsamtes weiter verfolgen.

2. Sämtliche Kammern haben eine Nachprüfung der Gebührenordnung für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis, Anlage zu § 1 der K. V. vom 17. Oktober 1901 über ärztliche Gebühren, GVBl. S. 629, beantragt. Durch die K. V. vom 27. Juli 1918 über Gebühren für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis GVBl. S. 383, wurden die Gebühren mit Rücksicht auf die durch den Krieg veranlaßten außerordentlichen Verhältnisse erhöht.

Ferner haben sämtliche Kammern um Aufhebung der M.B. vom 17. Dezember 1902 über Entschädigung für Fahrrad- und Motorenbenutzung durch Aerzte, GVBl. S. 737, nachgesucht und im Falle der Benutzung eigenen Fuhrwerks oder Beförderungsmittels, auch Fahrrads oder Motors, Entschädigung nach den jeweils ortsüblichen Preisen beantragt. Hiezu wird bemerkt, daß die Vergütung bei Benutzung eigenen Fuhrwerks oder Beförderungsmittels nach § 6 Abs. 1 der Verordnung nach den ortsüblichen Preisen zu berechnen ist. Durch die Bekanntmachung vom 27. Juli 1918 über die Entschädigung der Aerzte für Benutzung des eigenen Kraftwagens, GVBl. S. 385, wurde auch für die Verwendung eigenen Kraftwagens Vergütung nach den ortsüblichen Preisen bestimmt. Für die Benutzung eigenen Fahr- oder Kraftrads ist diese Berechnungsweise schon deshalb nicht durchführbar, weil eine gewerbsmäßige Verleihung von Fahr- und Krafträdern nur ausnahmsweise stattfindet.

3. Sämtliche Kammern haben beantragt, den § 12 der Oberpolizeilichen Vorschrift vom 20. November 1885 über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung. GVBl. S. 655, dahin zu ändern, daß die dort festgesetzten Gebühren auf das Doppelte erhöht werden. Dem Antrage wurde durch die Bekanntmachung vom 26. Juni 1918 über die Leichenschaugebühren, GVBl. S. 349, entsprochen.

4. Der Antrag, die 1914 vorbereitete Standes- und Ehrengerichtsordnung einer nochmaligen Durchsicht durch die zuständigen Stellen und vielleicht auch durch die Aerztekammern zu unterstellen, um sie tunlichst bald zur Vorlage an den Landtag bringen zu können, wird gewürdigt werden.

5. Die Bestrebungen zur Wahrung der Interessen der durch Heeresdienst der Praxis entzogenen Aerzte werden möglichst gefördert werden, öffentliche Stellen mit festem Einkommen, wie Stellen eines Armenarztes, Krankenhausarztes oder die Obliegenheit eines Leichenschauers sollen tunlichst wieder ihren früheren Inhabern zukommen. Zur Unterstützung notleidender Aerzte stehen staatliche Mittel nicht zur Verfügung; die Bereitstellung kann in Hinblick auf die ungünstige Finanzlage nicht in Aussicht gestellt werden.

6. Der Antrag, bei der in Aussicht genommenen Neuordnung der Kammer der Reichsräte auch eine Vertretung der Aerzte vorzusehen, wird, soferne der Aufnahme von Vertretungen weiterer Berufskreise nähergetreten wird, gewürdigt werden.

7. Die Kammern haben ersucht, den gesamten ärztlichen Stand zu den sozialen Fürsorgebestrebungen für öffentliche Gesundheitspflege künftig tunlichst weitgehend heranzuziehen. Die Staatsregierung begrüßt die Mitwirkung des ärztlichen Standes an der Lösung der Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege und Fürsorge, deren Durchführung vielfach die tatkräftige Mitwirkung der Aerzte zur Voraussetzung hat, wärmstens.

8. Sämtliche Kammern haben ersucht, bei der Heeresverwaltung dahin vorstellig zu werden, daß den Landärzten auch fernerhin die zur Aufrecht-

erhaltung ihres Kraftwagenbetriebes notwendige Bereifung geliefert wird. Im Hinblick auf die für die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung dringende Notwendigkeit ausreichender Versorgung der Landärzte mit Betriebsmitteln wurde schon früher Anregung an die Heeresverwaltung gerichtet, der soweit irgend möglich entsprochen wurde. Das Staatsministerium des Innern hat die Heeresverwaltung erneut um ferneres tunlichstes Entgegenkommen ersucht.

9. Die Kammern von Oberbayern und Oberfranken haben noch einzelne Anträge gestellt, die teils Standesfragen im engeren Sinne, teils das allgemeine Gesundheitswesen berühren. Das Staatsministerium des Innern wird diese Anträge verbescheiden, wenn auch die übrigen Kammern hierzu Stellung genommen haben. Es wird anheimgegeben, zu den Anregungen, soferne sie weiter verfolgt werden sollen, eine Beschlußfassung auch der übrigen Kammern herbeizuführen. In gleicher Weise ist auch künftig zu verfahren.

Der von der Kammer von Oberbayern vorgelegte Bericht über die militärische Stellung der vertraglich verpflichteten Zivilärzte und der Landsturmärzte wurde dem Kriegsministerium zur Kenntnisnahme übermittelt.

C. Großherzogtum Hessen.

Bekämpfung des Mißbrauchs von Opium, Morphium und Kokain. Min.-Erlaß des Großh. Ministeriums des Innern (Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege) vom 5. September 1918.

Es ist einwandfrei festgestellt worden, daß der Verbrauch von Opium, Morphium und Kokain im Inland im Verlauf des Krieges andauernd gestiegen ist und eine besorgniserregende Höhe erreicht hat. Das Reichsamt des Innern hat deshalb ersucht, die Aerzte für die möglichste Einschränkung des Verbrauchs dieser Mittel zu gewinnen. Opium, Morphium und Kokain und deren Ersatzpräparate und Abkömmlinge sollten nur in den unbedingt erforderlichen Fällen und nur in der durch die Erkrankung gebotenen Mengen und nur für den unumgänglich notwendigen Zeitraum verordnet werden. Um der Entstehung der Morphiumsucht vorzubeugen, darf dem Krankenpflegepersonal Morphiumlösung und Morphiumspritze nur für die Ausführung der für den Einzelfall gegebenen ärztlichen Verordnung überlassen werden; dem Kranken selbst darf Spritze und Morphiumlösung nur ganz ausnahmsweise und nach strengster Prüfung der Verhältnisse zum eigenen Gebrauche in die Hand gegeben werden. Besonders ist vor der Anwendung der angeblich unschädlichen Ersatzmittel des Morphiums und des Kokains zu warnen, auch wenn sie als Mittel zur Bekämpfung des Morphinismus oder Cocainismus angepriesen werden. So enthält beispielsweise das von der Firma Th. Teichgräber in Berlin hergestellte und angepriesene „Trivalin" Morphin, Kokain und Koffein; bis jetzt sind 11 Fälle bekannt geworden, in denen Trivalin zur chronischen Morphin- und Kokainvergiftung geführt hat. Das „Eumekon" des chemischen Werks Concordia in Beuel a. Rh. enthält 1.5 p. c. salzsaures Morphin.

Den Kreisgesundheitsämtern empfehlen wir, die Aerzte in jeder geeigneten Weise von Vorstehendem zu verständigen und sie um ihre Unterstützung in der Bekämpfung des Mißbrauchs von Opium, Morphium und Kokain zu bitten, insbesondere auch um Mitteilung von verbotswidriger Abgabe dieser Mittel oder sie enthaltender Zubereitungen durch Apotheker oder Drogisten. Sie selbst wollen den Verkehr mit diesen Mitteln innerhalb und außerhalb der Apotheken scharf überwachen.

Die Apotheker weisen wir wiederholt auf die strengste Beachtung der Bestimmungen über die Abgabe stark wirkender Arzneimittel vom 5. Juni 1896 hin. Wir machen ihnen zur Pflicht, sich auch bei den Ersatzmitteln für Morphium und Kokain und bei den Mitteln, die gegen Morphinismus und Cocainismus als Heilmittel angepriesen werden, zu vergewissern, ob sie Morphin, Kokain oder sonstige stark wirkende Stoffe enthalten. Im gegebenen Falle dürfen sie nur auf jedesmal erneuerte, mit Datum und Unterschrift versehene Verordnung eines im Inland approbierten Arztes abgegeben werden.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 21. 5. November. 1918.

Medizinal-Gesetzgebung.

Königreich Preussen.

Berechnung der Eisenbahnfahrkosten bei Dienstreisen der Staatsbeamten nach dem Gesetze vom 9. August 1918 (Gesetzsamml. S. 143). Erlaß der Minister des Innern und der Finanzen vom 28. August und 11. September 1918 — M. d. J, 1a 1338/1338 II, F. M. I 9363 II — an die nachgeordneten Behörden, Abdruck an die Herrn Regierungspräsidenten.

I. Durch Artikel I A Satz 1 des Gesetzes über Erhöhung der Eisenbahnfahrkosten bei Dienstreisen der Staatsbeamten vom 9. August 1918 (Gesetzsamml. S. 143) ist der Fahrkosten-Kilometersatz des Reisekostengesetzes vom 26. Juli 1910 (Gesetzsamml. S. 150) mit Wirkung vom 1. April 1918 ab neu geregelt und für

die erste	Wagenklasse	auf 11	Pf.,
„ zweite	„	„ 8,2	„ ,
„ dritte	„	„ 6	„ ,

festgesetzt; ferner ist in Satz 2 daselbst gesetzlich angeordnet, daß außer der Gewährung der Kilometersätze die tatsächlich aufzuwendenden Schnellzugszuschläge erstattet werden.

Auch nach dem neuen Gesetz finden in den zu gewährenden Kilometersätzen nur die Personenzug-Fahrpreise derjenigen Wagenklassen Deckung, deren Benutzung den Beamten nach dem Reisekostengesetz im Regelfall zusteht. Daher müssen den Beamten die bei Benutzung von Eil- und Schnellzügen gezahlten Fahrpreise auch ferner insoweit noch besonders erstattet werden, als sie den Personenzug-Fahrpreis der von ihnen benuzten Wagenklasse übersteigen. Es müssen also neben der Gewährung der gesetzlichen Fahrkosten erstattet werden:

a) die besonderen Schnellzugszuschläge, welche betragen:

bei einer Reise von	1. und 2. Klasse	3. Klasse
1—75 km	1,00 M.	0,50 M.
76—150 „	2,00 „	1,00 „
151—350 „	3,00 „	1,50 „
über 350 „	4,00 „	2,00 „

b) nach § 8 des Reisekostengesetzes die von der Eisenbahnverwaltung für die Benutzung von Schnell- und Eilzügen erhobenen besonderen Ergänzungsbeträge, d. h. der Unterschied zwischen einer Personenzug- und einer Schnellzug-Fahrkarte (ohne Schnellzugszuschlag).

Die verauslagten Ergänzungsbeträge können nach den Entfernungsangaben des Reichskursbuches für die benutzte Strecke unter Zugrundelegung der Eisenbahntarifeinheitssätze in Rechnung gestellt werden. Diese betragen

in der	I. Wagenklasse	5,7	Pf.,
„ „	II. „	3,3	„ ,
„ „	III. „	2,0	„

für den Kilometer. Als Mindestergänzungsbetrag ist gemäß dem Tarif für jede in Rechnung gestellte Schnellzugsstrecke 3 M. anzusetzen. Indessen bleibt es, da durch die Abweichung zwischen den Tarifentfernungen und den Entfernungen nach dem Reichskursbuche unter Umständen geringfügige Benachteiligung der Beamten eintreten können, letzteren überlassen, in jedem Fall durch Nachfrage am Fahrkartenschalter oder in anderer geeigneter Weise den Personenzug-Fahrpreis der benutzten Wagenklasse zu ermitteln und den Unterschied zu dem bezahlten höheren Fahrpreis unter Versicherung seiner Veraus-

lagung in Rechnung zu stellen. Bei letzterem Verfahren können, soweit in dem bezahlten höheren Fahrpreis Schnellzugszuschläge enthalten sind, diese neben dem ermittelten Fahrpreis-Unterschied nicht nochmals in Rechnung gestellt werden.

Zum Nachweise der Notwendigkeit der Benutzung eines Eil- oder Schnellzuges ist die pflichtmäßige Bescheinigung des Beamten auf der Reisekostenrechnung erforderlich und ausreichend. Die Notwendigkeit ist im allgemeinen nur dann gegebenen, wenn ohne die Benutzung des Eil- und Schnellzuges die Dienstreise entweder höhere Tagegelder verursacht hätte, oder wenn die schleunige Erledigung der Reise aus dienstlichen Gründen, z. B. mit Rücksicht auf die sonstigen Dienstobliegenheiten des reisenden Beamten, erforderlich war; vergl. § 2 der Ausführungsbestimmungen des Staatsministeriums zu den Vorschriften über die Reisekosten der Staatsbeamten vom 24. September 1910 (Gesetzsamml. S. 269). Mit der Verkehrssitte kann die Notwendigkeit nicht begründet werden. Hiernach erfolgt die Berechnung der Fahrkosten auch unter dem neuen Gasetz im wesentlichen nach dem bisherigen Verfahren. Auch in Zukunft sind die über den Personenzug-Fahrpreis hinausgehenden Mehraufwendungen für Fahrkarten in der Reisekostenrechnung besonders kenntlich zu machen. Treten im Gesamtergebnis der Reisekostenrechnung Bruchteile von Pfennigen auf, so wird wegen der Abrundung auf die Vorschrift im § 3 (25,1) R. O. verwiesen.

Im einzelnen weisen wir noch auf folgendes hin:

1. Wenn zur Zeit infolge Neuregelung der von der Eisenbahnverwaltung für die Benutzung von Schnell- und Eilzügen erhobenen besonderen Ergänzungsbeträge die Beamten bei Dienstreisen genötigt sind, bei Benutzung der III. und II. Wagenklasse eine Fahrkarte der nächsthöheren Klasse zu lösen, während bei Benutzung der I. Wagenklasse eine Fahrkarte I. und II. Klasse zu lösen ist, so bleibt doch im Sinne des § 3 des Reisekostengesetzes die Wagenklasse, für die der Fahrpreis bezahlt ist, diejenige, für deren Benutzung der Fahrpreis entrichtet wurde. Wenn also zur Benutzung der II. Wagenklasse gegenwärtig eine Fahrkarte I. Klasse gelöst werden muß, so gilt als bezahlt nur der Fahrpreis für die II. Wagenklasse.

2. Es werden nur die tatsächlich aufzuwendenden Schnellzugszuschläge und nur die tatsächlich verauslagten besonderen Ergänzungsbeträge neben der Gewährung der gesetzlichen Kilometersätze erstattet, die aufgewendeten Ergänzungsbeträge aber auch nur dann, wenn der Beamte eine der ihm nach dem Reisekostengesetz im Regelfall zustehenden Wagenklassen und nicht eine niedrigere Wagenklasse benutzt hat.

Benutzt also bei einer Dienstreise im Schnell- oder Eilzuge einer der im § 1 des Reisekostengesetzes unter I bis IV genannten Beamten die II. Wagenklasse, so wird ihm neben den Fahrkosten nach einem Kilometersatz von 8,2 Pf. der Schnellzugszuschlag nach der II. Wagenklasse (für die Dauer der Ergänzungsbeträge mit dem in diesem Falle gleichen Satz für die I. Wagenklasse) und der besondere Ergänzungszuschlag für die II. Wagenklasse erstattet.

Benutzt dagegen einer dieser Beamten im Schnell- oder Eilzuge die III. Wagenklasse, so erhält er neben den Fahrkosten nach einem Kilometersatz von 8,2 Pf. nur den Schnellzugszuschlag nach der III. Wagenklasse (für die Dauer der Ergänzungsbeträge mit dem Satz für die II. Wagenklasse), weitere Aufwendungen aber nicht erstattet, weil in diesem Falle in der Regel die tatsächlichen Auslagen in den gesetzlichen Vergütungssätzen ihre Deckung finden.

Benutzt einer der im § 1 des Reisekostengesetzes unter V und VI genannten Beamten bei einer Dienstreise im Schnell- oder Eilzuge die III. Wagenklasse, so wird ihm neben den Fahrkosten nach einem Kilometersatz von 6 Pf. der Schnellzugszuschlag für die III. Klasse (für die Dauer der Ergänzungsbeträge mit dem Satz für die II. Wagenklasse) und der besondere Ergänzungszuschlag für die III. Wagenklasse erstattet.

3. Tritt der Ausnahmefall ein, daß bei einer Dienstreise einer der in § 1 des Reisekostengesetzes unter V und VI genannten Beamten aus besonderen Gründen die I. Wagenklasse benutzen muß — was als notwendig besonders zu bescheinigen bleibt —, so wird ihm neben den Fahrkosten nach einem Kilometersatz von 8,2 Pf. der Unterschied zwischen einer Personenzug-Fahrkarte II. Klasse und dem für die Benutzung der I. Wagenklasse tatsächlich gezahlten Fahrpreise erstattet.

Entsprechend wird den in § 1 des Reisekostengesetzes unter VII genannten Beamten, wenn sie ausnahmsweise die I. oder die II. Wagenklasse benutzen müssen, neben der Gewährung von Fahrkosten nach einem Kilometersatz von 6 Pf. der Unterschied zwischen einer Personenzug-Fahrkarte III. Klasse und dem für die Benutzung der I. oder II. Wagenklasse gezahlten Fahrpreis erstattet.

Beispiele vergl. Anlage.

II. Nach den unter I entwickelten Grundsätzen sind, soweit nötig, nachträglich von Amts wegen die Reisekostenrechnungen anderweit festzustellen. Die errechneten Mehrbeträge sind den Beamten mit möglichster Beschleunigung zu zahlen.

Ohne zwingende Notwendigkeit sind, wie wiederholt bemerkt wird, gegenwärtig Dienstreisen überhaupt nicht zu machen.

Die Runderlasse vom 17. Oktober 1917 — F. M. I 10024, II 11384, III 9402, M. d. J. I a 1565 —, 21. März 1918 — F. M. I 3047 II — und 12. Juni 1918 — F. M. I 5660, II 7592, III 5112 — werden hierdurch aufgehoben.

Anlage.

Beispiele.

Dienstreise eines Beamten von Berlin nach Königsberg i. Pr., Entfernung 594,1 km, abgerundet 595 km.

I. Der Fahrpreis von Berlin nach Königsberg i. Pr. beträgt:

1. bei Benutzung eines Personenzuges
für die 1. Wagenklasse . . . . 53,80 M,
" " 2. " . . . . 34,10 ",
" " 3. " . . . . 22,10 ";

2. bei Benutzung eines Schnell- oder Eilzugs für die 1. Wagenklasse (je eine Fahrkarte 1. und 2. Klasse zum Personenzugfahrpreis und ferner je 4 M. = 8 M Schnellzugszuschlag) 95,90 ",
für die 2. Wagenklasse (Personenzugfahrpreis 1. Klasse und 4 M. Schnellzugszuschlag) . . . . 57,80 ",
für die 3. Wagenklasse (Personenzugfahrpreis 2. Klasse und 4 M. Schnellzugszuschlag) . . . . 38,10 ".

II. Bei der Benutzung eines Schnellzugs sind in der Reisekostenrechnung anzusetzen:

a) für höhere Beamte bei Benutzung der 1. Wagenklasse 595·11 Pf. = 65,45 M. gesetzliche Fahrkosten und an Auslagen für Schnellzugszuschlag und besonderen Ergänzungsbetrag 8 M. + (595·5,7=) 33,92 M., zus. 41,92 M. oder (95,90 M. — 53,80 M.=) 42,10 M.;

b) für höhere und mittlere Beamte bei Benutzung der 2. Wagenklasse 595·8,2 Pf. = 48,79 M. gesetzliche Fahrkosten und an Auslagen für Schnellzugszuschla gund besonderen Ergänzungsbetrag 4 M.+(595·3,3=)19,64 M. zus. 23,64 M oder (57,80 M.—34,10 M. =) 23,70 M.

Maßnahmen zur Verhütung einer Einschleppung der Cholera durch Eisenbahnreisende aus Rußland und der Ukraine. Erlaß des Ministers der öffentlichen Arbeiten vom 24. August 1918 — II 22 Cg 6291 / III C 1020 — an die Königl. Eisenbahndirektionen.

In Rußland mehren sich die Fälle von Erkrankungen an der Cholera, so daß die Gefahr einer Einschleppung der Seuche näher gerückt ist. Zur Verringerung dieser Gefahr sind folgende Maßnahmen erforderlich:

1 Die Zugbegleitpersonale, die Wartefrauen in den D-Zügen und die Schlafwagenwärter (-innen) sind anzuweisen, Reisende aus Rußland und der Ukraine unauffällig auf ihren Gesundheitszustand zu beobachten. Verdächtige Erkrankungen sind auf der nächsten geeigneten Station dem Bahnhofsvorstand zu melden, der das weiter Erforderliche unverzüglich zu veranlassen hat.

2. In den dem Personenverkehr dienenden Wagen ist für peinlichste Sauberkeit zu sorgen.

3. Die Vorschriften über Reinhaltung und Desinfektion der Bedürfnisanstalten in den Zügen und auf den Bahnhöfen sind streng durchzuführen. Ihre Beachtung ist zu überwachen. Ich verweise dieserhalb auf den Erlaß vom 26. Oktober 1914 — II 22 Cg 6380 —.

4. Die Anlagen für die Versorgung der Reisenden und der Eisenbahnbediensteten mit Trinkwasser haben überall den Anforderungen an ein gesundheitlich völlig einwandfreies Trinkwasser zu entsprechen. Das Nähere hierüber enthält der Erlaß vom 28. Oktober 1914 — II 22 Cg 6429 —.

Abstandnahme von einer nochmaligen Impfung der aus Deutschland in ihre Heimat zurückkehrenden belgischen Arbeiter. Erlaß des Kriegsministeriums (Kriegsamt) vom 3. August 1918 — K. M. 248. 7. 18 A Z S 3b. M. d. I. M 11735 — an sämtliche Königlich preußischen stellvertretenden Generalkommandos; abschriftlich durch Erlaß des Ministers des Innern vom 4. September 1918 zur Nachachtung den Herren Regierungspräsidenten mitgeteilt.

Seit Herbst 1917 werden alle vom Deutschen Industriebüro in Brüssel für Deutschland angeworbenen belgischen Arbeiter vor ihrem Abtransport in Belgien durch deutsche Militärärzte auf Pocken geimpft, und es wird ihnen darüber eine schriftliche Bescheinigung ausgehändigt.

Nach dem Erlaß vom 7. September 1916 — 8982/7. 16 M A — müssen sich alle in Deutschland aufhaltsamen Personen, die in die besetzten feindlichen Gebiete auszureisen beabsichtigen, soweit sie nicht in den letzten vier Jahren an Pocken erkrankt oder mit Erfolg gegen Pocken geimpft worden sind, vor Antritt der Reise einer erneuten Pockenschutzimpfung unterziehen. Auf Grund dieser Bestimmung sind in zahlreichen Fällen belgische Arbeiter, die nach Erfüllung ihrer in der Regel nur auf die Dauer von 4 Monaten abgeschlossenen Arbeitsverträge in Deutschland nach Belgien zurückreisen wollen, vor Antritt der Rückreise abermals, und zwar auf ihre Kosten, gegen Pocken geimpft worden, obschon sie bereits vor Antritt ihrer Einreise nach Deutschland dieser Impfung unterzogen worden waren.

Dies Verfahren ist zweckwidrig, aber auch den Interessen der deutschen Kriegswirtschaft abträglich, weil es den Unwillen der belgischen Arbeiter erregt und damit ihre Neigung, sich für Deutschland anwerben zu lassen, beeinträchtigt.

Daher wird bestimmt:

Belgische Arbeiter, die nach Erfüllung ihrer Arbeitsverträge in Deutschland nach Belgien zurückzukehren wünschen, sind mit der Pockenschutzimpfung zu verschonen, wenn sie eine ärztliche Bescheinigung über ihre innerhalb der letzten 4 Jahre erfolgte Pockenschutzimpfung vorlegen.

Zinksärge für die Beförderung von Leichen auf der Eisenbahn. Erlaß des Ministers des Innern vom 27. August 1918 — M 3012 — an die Herrn Regierungspräsidenten.

Auf den Bericht vom 6. August d. Js. — I D 2238 —, betreffend den Ersatz von Zinksärgen bei Leichenbeförderungen, erwidere ich ergebenst, daß ein ausreichender Anlaß, von der aus gesundheitlichen Gründen aufgestellten Forderung des Metallbehälters abzusehen, nicht gegeben erscheint. Wenn auch das in Friedenszeiten zur Herstellung von Metallsärgen angewandte Zinkblech nicht mehr zur Verfügung steht, so wird doch auf Antrag von der zuständigen Kriegsstelle verzinktes Eisenblech freigegeben, das für den in Rede stehenden Zweck brauchbar ist. Insbesondere kann es, nachdem die miteinander zu verlötenden Stellen durch Schaden rauhe Flächen erhalten haben, gut und dauerhaft gelötet werden. Hierzu kommt, daß es ausschließlich bei Anwendung von Metallbehältern gelingt, eine Leiche so einzusargen, daß während der Beförderung auf der Eisenbahn ein Aussickern von Flüssigkeiten vermieden wird. Selbst ein doppelter Holzsarg, dessen Fugen durch Kitt abgedichtet sind, hält nach den gemachten Erfahrungen nicht hinreichend dicht, weil der Kitt sich infolge der Erschütterung auf der Eisenbahn lockert.

Dem gestellten Antrage auf Erlaß der Zinkumhüllungen für den Leichentransport vermag ich hiernach nicht zu entsprechen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 22/23. **5. Dezember.** 1918.

Rechtsprechung.

Verstoß gegen die guten Sitten liegt nicht vor, wenn ein ärztlicher Verein seinen Mitgliedern verbietet, mit einem außerhalb der Standesverbindung stehenden Arzte zusammenzuarbeiten. Urteil des Reichsgerichts (VI. Z.-S.) vom 23. September 1918.

Am 14. November 1913 hatte der Verein der Breslauer Aerzte einen Beschluß gefaßt, der sich gegen diejenigen Aerzte richtete, die an den gesperrten Kassen in Tätigkeit traten und so ihren Kollegen in den Rücken fielen. Der in der „Schlesischen Aerztekorresspondenz" veröffentlichte Beschluß besagte, daß diese Aerzte als außerhalb der Standesverbindung stehend zu betrachten seien, und daß kein Arzt mit ihnen zusammenarbeiten dürfe. Durch dieses Vorgehen fühlte sich Dr. B., der im Sommer 1913 von der Ortskrankenkasse zu Breslau auf 10 Jahre mit einem Gehalt von 10000 Mark angestellt worden war, geschädigt, da seine Privatpraxis infolge der Verrufserklärung so sehr gelitten habe, daß sie statt der erwarteten 2000 Mark nur 500 Mark im Jahr einbrachte. Dr. B. verklagte deshalb den Aerzteverein auf Schadenersatz und Aufhebung des Beschlusses vom 14. November. Das Landgericht Breslau wies die Klage ab, da die Voraussetzung des § 826, Verstoß gegen die guten Sitten, nicht vorliege. Das Oberlandesgericht Breslau gab der Klage statt, und zwar aus den nachstehenden Gründen:

In dem angefochtenen Beschluß des Beklagten ist ein Angriff auf die Standesehre des Klägers enthalten. Der Beklagte mußte die Schädigung der Privatpraxis des Dr. B. voraussehen, die er hierdurch bewirkte. Das Verhalten des Vereins widersprach dem Anstandsgefühl aller billig Denkenden.

Gegen dieses Urteil legte der ärztliche Verein Revision ein. Er machte geltend, daß, wenn jemand gegen die guten Sitten verstoßen habe, dies der Kläger gewesen sei, der sich als „reisender Streikbrecher" betätigte. Man könne doch die Mitglieder der Beklagten nicht zwingen, mit solchen Leuten zu verkehren. Der Beschluß vom 14. November stelle sich nur als eine Abwehrmaßnahme dar. Das Reichsgericht schloß sich diesen Ausführungen an und stellte das Urteil des Landgerichts wieder her.

Sächs. Korresp.Leipzig (Nachdruck ohne deren Erlaubnisnicht gestattet).

Ansteckung eines Arztes durch Fleckfieber. Unfall in Ausübung des Berufs. Entscheidung des Reichsgerichts vom 22. Oktober 1918.

Der Prof. an der Kieler Universität, Dr. L., war im Mai 1916 bei der Inspektion der Kriegsgefangenenlager an Flecktyphus gestorben. Die Versicherungsgesellschaft, bei der er für den Tod infolge Unfalles mit 10000 versichert war, verweigerte die Auszahlung mit der Begründung, daß kein unter die Versicherung fallender Unfall vorliege, besonders, da nach den allgemeinen Bedingungen Unfälle, die der Versicherte durch Kriegsereignisse erleidet, ausgeschlossen seien.

Das Landgericht Berlin und das Kammergericht haben die Gesellschaft verurteilt, da die Uebertragung der Krankheit durch den Biß einer Kleiderlaus und somit die Ansteckung in Ausübung des Berufes mit großer Wahrscheinlichkeit erfolgt sei. In der Begründung wird weiter ausgeführt: Die Beklagte kann sich auch nicht darauf berufen, daß der Versicherte die Ansteckung im mobilen Militärdienst erlitten habe. Nach den besonderen Versicherungsbedingungen fallen ansteckende Krankheiten, die sich der Versicherte bei Ausübung seines ärztlichen Berufes zugezogen hat, ohne weiteres unter die Versicherung. Hier ist ein Unterschied nicht gemacht, ob der Versicherte bei Ausübung seines

ärztlichen Berufes im mobilen Militärdienst handelte oder nicht. Diese Ausnahmebestimmung der allgemeinen Versicherungsbedingungen bezieht sich nicht auf die oben erwähnte besondere Versicherungsbedingung betreffend Ansteckungen von Aerzten. Jedenfalls konnte der Versicherte die Versicherungsbedingungen in diesem Sinne verstehen. Wollte die Beklagte Fälle der vorliegenden Art ausschließen, so wäre es ihre Sache gewesen, dies klar zum Ausdruck zu bringen. Münch. Med. Wochenschrift; 1918, Nr. 47.

Die Haftung der Stadtgemeinden für Unfälle von Kranken in städtischen Krankenhäusern. Entscheidung des Reichsgerichts (III. Z. S.) vom 2. November 1917.

Die Ehefrau R. aus K. erkrankte am 6. Juni 1912 auf der Reise unter Zeichen einer geistigen Störung. Auf Ersuchen ihres Ehemannes wurde sie vorläufig in das städtische Krankenhaus zu S. aufgenommen und sprang dort, während sie nur mit einer hilfsweise zur Pflege verwendeten Kranken zusammen war, aus einem Fenster des zweiten Stockwerks, wodurch sie schwere Verletzungen erlitt. Die Verletzte verklagte infolgedessen die Stadtgemeinde S. als Eigentümerin des Krankenhauses auf Schadenersatz, und zwar aus dem Gesichtspunkte vertragsrechtlicher Haftung, weil ein Ver-schulden der Oberschwester vorliege.

Landgericht Mannheim und Oberlandesgericht Karlsruhe wiesen die Klage ab. Das Reichsgericht hob diese Entscheidung auf und verwies die Sache an das Oberlandesgericht zurück. Dieses hat nach nochmaliger Verhandlung die Klage wiederum abgewiesen. Hiergegen legte die Klägerin abermals Revision ein, und zwar mit vollem Erfolge: das Reichsgericht hob auch das zweite oberlandesgerichtliche Urteil auf und verurteilte die Beklagte zum Schadenersatz. In seinen Entscheidungsgründen führt der höchste Gerichtshof aus: Das Oberlandesgericht meint, die vorläufige Gewährung von Einlaß und Unterkunft im Krankenhause durch die Oberschwester habe nur einen tatsächlichen Zustand herbeigeführt, nicht ein Vertragsverhältnis, das gesetzlichen Vorschriften unterliege. Das ist rechtsirrig. Die vorläufige Aufnahme durch die Oberschwester, die auch in der Krankenhausordnung als zulässig vorausgesetzt wird, war keine bloße Gefälligkeitshandlung, diente vielmehr der Vorbereitung des von der Klägerin und ihrem Manne gewünschten endgültigen „Krankenpflege- und Abwartungsvertrags" und begründete deshalb für die Dauer dieses vorläufigen Zustandes vertragliche Beziehungen mit der Verpflichtung der Beklagten, die Kranke einstweilen in Obhut und Fürsorge zu nehmen und das dafür Erforderliche zu tun. Wenn auf Grund des badischen Landrechts die Klägerin als Geisteskranke nicht aufgenommen werden durfte, so mag dies unter Umständen für die der Oberschwester gegenüber der Beklagten obliegende Verantwortung von Bedeutung sein. Ihre Vollmacht gegenüber den die vorläufige Aufnahme begehrenden Personen wird dadurch nicht berührt. Eine vertragliche Haftung der Beklagten läßt sich auch nicht mit der Erwägung verneinen, daß die Oberschwester erkennbar eine Geisteskranke nicht habe aufnehmen wollen. Wie es sich mit dem Zustande der Klägerin verhielt und ob sie sich danach zur Aufnahme eignete, mußte erst der Arzt feststellen. Bis zu seiner Entscheidung aber bedurfte es einer vorläufigen Regelung, deren Rechtsbestand nicht dadurch beeinträhhtigt wurde, daß das Aufnahmeverlangen sich nachträglich als unbegründet erwies. Die Beklagte ist also zum Ersatz des durch das Verschulden der Oberschwester verursachten Schadens vertraglich verpflichtet. Ein solches Verschulden liegt vor, weil sie nicht für gehörige Beaufsichtigung der Klägerin gesorgt hat.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1918, Nr. 22.)

Der Betrieb eines Sanatoriums unterliegt der Warenumsatzsteuer. Urteil des Reichsgerichts (VII. Z.-S.) vom 8. November 1918.

In Charlottenburg betreibt der Sanitätsrat E. unter Vormundschaft seines Vaters ein Sanatorium für Gemütskranke, in dem die Patienten gegen einen festen Preis neben Unterkunft und ärztlicher Behandlung natürlich auch Verpflegung erhalten. Die hierzu nötigen Waren glaubte der Magistrat nach dem Gesetz vom 26. Juni 1916 zur Stempelsteuer heranzuziehen zu sollen. Diese

beträgt ein Tausendstel der bezahlten Kaufsumme. Dr. E. erhob demgegenüber Klage auf Feststellung, daß sein Betrieb der Steuer nicht unterliege. Die Gerichte wiesen ihn jedoch ab, und zwar das Kammergericht mit der nachstehenden Begründung:

Nach der Bekanntmachung des Bundesrats vom 23. Oktober 1916 betr. Auslegung des Gesetzes über die Warenumsatzsteuer ist unter einem (steuerpflichtigen) Gewerbetrieb jede auf die Erzielung von Einnahmen gerichtete gewerbliche Tätigkeit zu verstehen. Allerdings sind solche Bekanntmachungen nicht bindend, aber immerhin von Wert bei der Erforschung des Willens des Gesetzgebers. Die Frage, ob die Ausübung der ärztlichen Praxis ein Gewerbe darstellt, ist streitig; sie wird vom Reichsgericht bejaht, vom Kammergericht dagegen verneint. Es kann dies auch dahin gestellt bleiben, denn im vorliegenden Fall ist der Kläger Unternehmer einer Privatkrankenanstalt. Nach § 30 der Gewerbeordnung ist eine solche aber als Gewerbebetrieb anzusehen. In der Anstalt des Klägers finden die Patienten gegen ein einheitliches Entgelt Behandlung, Unterkunft, Verpflegung und Bedienung; eine besondere Bezahlung der Behandlung findet nicht statt. Es kann auch keinem Zweifel unterliegen, daß der Zweck des Sanatoriums die Erzielung von Gewinn ist. Die im Rahmen dieses Betriebes zur Beköstigung dieser Insassen angeschauten Nahrungsmittel unterliegen deshalb der Umsatzsteuer.

Diese Entscheidung wurde von dem Kläger mit der Revision angefochten, vom Reichsgericht durch Urteil vom 8. November d. J. aber bestätigt.

(Sächsiche Korrespondenz; Nachdruck nur mit deren Genehmigung zulässig.)

Medizinal - Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Geschäftsbereich des neuen vom Reichswirtschaftsamt abgetrennten Reichsarbeitsamtes. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 26. Oktober 1918.

In Verfolg des Allerhöchsten Erlasses über die Errichtung des Reichsarbeitsamts vom 4. Oktober 1918 bestimme ich wegen der Verteilung der Geschäfte auf das Reichswirtschaftsamt und das Reichsarbeitsamt, was folgt:

Aus dem Geschäftsbereiche des Reichswirtschaftsamts — vgl. die Bekanntmachung vom 31. Oktober 1917 — Deutscher Reichsanzeiger Nr. 263 vom 5. November 1917 und Zentralblatt für das Deutsche Reich S. 398) — gehen auf das Reichsarbeitsamt diejenigen Angelegenheiten über, welche sich auf die Fürsorge für Arbeiter und Angestellte, auf die Verhältnisse des Arbeitsmarkts, auf Wohlfahrtseinrichtungen und sonstige Fragen der Sozialpolitik beziehen und zwar im einzelnen:

1. vom Gewerbewesen (Gewerbeordnung) folgende Gegenstände: Arbeiterschutz, Sonntagsruhe, Beschäftigung von Frauen und Jugendlichen, Kinderarbeit, Berufsvereine, Handlungsgehilfen, Privatangestellte, Werkmeister und Techniker, Tarifverträge, Arbeitskammern, Einigungswesen, Koalitionsrecht, ferner die Verhältnisse des Arbeitsmarkts, Arbeitsnachweiswesens, Arbeitslosenfürsorge und -versicherung, die Rechtsverhältnisse der gewerblichen Arbeiter, Ständige Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt;

2. die Arbeiterversicherung, insbesondere die Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiter, die Versicherung der Angestellten, Kriegswochenhilfe, Unfallfürsorgegesetze, das Pensionskassenwesen im Benehmen mit dem Reichswirtschaftsamt, Haftpflichtgesetz, Wohlfahrtseinrichtungen im allgemeinen, Kriegswohlfahrtspflege (Reichsbeihilfen), soziale Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge, Zusatzrenten, vaterländischer Hilfsdienst, Wohnungsfürsorge, Rechtsverhältnisse der ländlichen Arbeiter.

Demgemäß gehören zum Reichsarbeitsamt:

1. Ständige Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt.
2. Reichsversicherungsamt,
3. Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.

ärztlichen Berufes im mobilen Militärdienst handelte oder nicht. Diese Ausnahmebestimmung der allgemeinen Versicherungsbedingungen bezieht sich nicht auf die oben erwähnte besondere Versicherungsbedingung betreffend Ansteckungen von Aerzten. Jedenfalls konnte der Versicherte die Versicherungsbedingungen in diesem Sinne verstehen. Wollte die Beklagte Fälle der vorliegenden Art ausschließen, so wäre es ihre Sache gewesen, dies klar zum Ausdruck zu bringen. Münch. Med. Wochenschrift; 1918, Nr. 47.

Die Haftung der Stadtgemeinden für Unfälle von Kranken in städtischen Krankenhäusern. Entscheidung des Reichsgerichts (III. Z.S.) vom 2. November 1917.

Die Ehefrau R. aus K. erkrankte am 6. Juni 1912 auf der Reise unter Zeichen einer geistigen Störung. Auf Ersuchen ihres Ehemannes wurde sie vorläufig in das städtische Krankenhaus zu S. aufgenommen und sprang dort, während sie nur mit einer hilfsweise zur Pflege verwendeten Kranken zusammen war, aus einem Fenster des zweiten Stockwerks, wodurch sie schwere Verletzungen erlitt. Die Verletzte verklagte infolgedessen die Stadtgemeinde S. als Eigentümerin des Krankenhauses auf Schadenersatz, und zwar aus dem Gesichtspunkte vertragsrechtlicher Haftung, weil ein Ver-schulden der Oberschwester vorliege.

Landgericht Mannheim und Oberlandesgericht Karlsruhe wiesen die Klage ab. Das Reichsgericht hob diese Entscheidung auf und verwies die Sache an das Oberlandesgericht zurück. Dieses hat nach nochmaliger Verhandlung die Klage wiederum abgewiesen. Hiergegen legte die Klägerin abermals Revision ein, und zwar mit vollem Erfolge: das Reichsgericht hob auch das zweite oberlandesgerichtliche Urteil auf und verurteilte die Beklagte zum Schadenersatz. In seinen Entscheidungsgründen führt der höchste Gerichtshof aus: Das Oberlandesgericht meint, die vorläufige Gewährung von Einlaß und Unterkunft im Krankenhause durch die Oberschwester habe nur einen tatsächlichen Zustand herbeigeführt, nicht ein Vertragsverhältnis, das gesetzlichen Vorschriften unterliege. Das ist rechtsirrig. Die vorläufige Aufnahme durch die Oberschwester, die auch in der Krankenhausordnung als zulässig vorausgesetzt wird, war keine bloße Gefälligkeitshandlung, diente vielmehr der Vorbereitung des von der Klägerin und ihrem Manne gewünschten endgültigen „Krankenpflege- und Abwartungsvertrags“ und begründete deshalb für die Dauer dieses vorläufigen Zustandes vertragliche Beziehungen mit der Verpflichtung der Beklagten, die Kranke einstweilen in Obhut und Fürsorge zu nehmen und das dafür Erforderliche zu tun. Wenn auf Grund des badischen Landrechts die Klägerin als Geisteskranke nicht aufgenommen werden durfte, so mag dies unter Umständen für die der Oberschwester gegenüber der Beklagten obliegende Verantwortung von Bedeutung sein. Ihre Vollmacht gegenüber den die vorläufige Aufnahme begehrenden Personen wird dadurch nicht berührt. Eine vertragliche Haftung der Beklagten läßt sich auch nicht mit der Erwägung verneinen, daß die Oberschwester erkennbar eine Geisteskranke nicht habe aufnehmen wollen. Wie sich mit dem Zustande der Klägerin verhielt und ob sie sich danach zur Aufnahme eignete, mußte erst der Arzt feststellen. Bis zu seiner Entscheidung aber bedurfte es einer vorläufigen Regelung, deren Rechtsbestand nicht dadurch beeinträchtigt wurde, daß das Aufnahmeverlangen sich nachträglich als unbegründet erwies. Die Beklagte ist also zum Ersatz des durch das Verschulden der Oberschwester verursachten Schadens vertraglich [illegible] Ein solches Verschulden liegt vor, weil sie nicht für gehörige B[illegible] der Klägerin gesorgt hat.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1918, [illegible]

Der Betrieb eines Sanatoriums unterliegt der Wa[illegible] Urteil des Reichsgerichts (VII. Z.-S.) vom 8. Novem[illegible]

In Charlottenburg betreibt der Sanitätsrat K. unter Ve[illegible] Vaters ein Sanatorium für Gemütskranke, in dem die Pa[illegible] festen Preis neben Unterkunft und ärztlicher Behandlung [illegible] pflegung erhalten. Die hierzu nötigen Waren glaubte der [illegible] Gesetz vom 26. Juni 1916 zur Stempelsteuer herananzuz[illegible]

beträgt ein Tausendstel der bezahlten Kaufsumme [illegible] E. erhob demgegenüber Klage auf Feststellung, daß sein Betrieb der [illegible] nicht unterliege. Die Gerichte wiesen ihn jedoch ab, und zwar das [illegible] gericht mit der nachstehenden Begründung:

Nach der Bekanntmachung des Bundesrats vom [illegible] Oktober 1916 bez. Auslegung des Gesetzes über die Warenumsatz[illegible] unter einem (steuerpflichtigen) Gewerbetrieb jede auf die Erzielung [illegible] Einnahmen gerichtete gewerbliche Tätigkeit zu verstehen. Allerdings [illegible] Bekanntmachungen nicht bindend, aber immerhin von Wert bei [illegible] des Willens des Gesetzgebers. Die Frage, ob die Ausübung [illegible] Praxis ein [illegible] darstellt, ist streitig; sie wird vom Reichs[illegible] vom Kammer[illegible] dagegen verneint. Es kann dies auch dahin [illegible] denn im [illegible] Fall ist der Kläger Unternehmer einer [illegible]anstalt. Nach [illegible] Gewerbeordnung ist eine solche aber als [illegible] anzusehen. [illegible] Anstalt des Klägers finden die Patienten [illegible] einheitliche [illegible] handlung, Unterkunft, Verpflegung und [illegible] der Behandlung findet nicht statt. Es [illegible] keinem Zweifel [illegible] daß der Zweck des Sanatoriums die [illegible] ist. [illegible] dieses Betriebes zur Beköstigung dieser [illegible] unterliegen deshalb der Umsatzsteuer.

Diese Entscheidung wurde von [illegible] vom Reichsgericht durch Urteil [illegible]
(Sächsiche Korrespondenz; Nachdr[illegible])

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Geschäftsbereich des [illegible] Reichsarbeitsamtes. Bek[illegible] 26. Oktober 1918.



Verfolg des Allerh[illegible] Oktober [illegible]

Verhütung von Seuchen. Verordnung des Reichsamts für die wirtschaftliche Demobilmachung vom 20. November 1918.

Auf Grund des Erlasses des Rates der Volksbeauftragten über die Errichtung des Demobilmachungsamts vom 12. November 1918 wird zur Verhütung von Seuchen verordnet:

§ 1. Sämtliche Angehörige des Heeres und der Marine haben sich vor ihrer Entlassung einer ärztlichen Untersuchung auf das Vorhandensein von Ungeziefer und übertragbaren Krankheiten zu unterziehen. Den zu diesem Zwecke ergehenden Anordnungen ist Folge zu leisten.

§ 2. Wer bei der Untersuchung als behaftet mit Ungeziefer befunden, wird, ist sobald als möglich zu entlausen.

§ 3. Wer sich bei der ärztlichen Untersuchung als behaftet mit einer übertragbaren Krankheit, insbesondere einer Geschlechtskrankheit, erweist, wird in Lazarettbehandlung genommen, bis die Ansteckungsgefahr erloschen ist.

Besteht bei dem Erkrankten Gewähr für die Einhaltung der notwendigen Vorsichtsmaßregeln gegen die Verbreitung der Krankheit, so kann von einer Lazarettüberweisung abgesehen werden und die Entlassung erfolgen.

§ 4. Wer vor seiner Entlassung einer Untersuchung der im § 1 bezeichneten Art nicht unterzogen worden ist, hat sich unverzüglich bei der nächsten erreichbaren militärischen Behörde oder bei der Ortsbehörde seines Aufenthaltsorts behufs Herbeiführung der ärztlichen Untersuchung zu melden.

Die Militär- oder Ortsbehörden haben die notwendigen Anordnungen für die Herbeiführung der ärztlichen Untersuchung und der im Anschluß hieran gemäß § 2 und § 3 erforderlichen Maßnahmen zu treffen.

§ 5. Die Behandlung und Verpflegung der in Lazaretten Untergebrachten ist unentgeltlich. Im übrigen erhalten sie dieselben Bezüge wie erkrankte Heeresangehörige. Auch die Familienunterstützungen werden weitergezahlt.

§ 6. Entlassene Angehörige des Heeres und der Marine, die keine Bescheinigung darüber beibringen können, daß sie von Ungeziefer und übertragbaren Krankheiten frei sind, dürfen von den Gemeinden nicht in Bürgerquartiere gelegt werden.

§ 7. Diese Verordmnug tritt sofort in Kraft.

Ankauf von Menschenhaaren im Umherziehen. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 4. November 1918.

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung vom 31. Oktober 1918 auf Grund des § 56 Abs. 1 der Gewerbeordnung beschlossen, den Ankauf von Menschenhaaren im Umherziehen insoweit zu gestatten, als nicht Verordnungen der Kriegsministerien oder der Militärbefehlshaber entgegenstehen. Die Haare müssen am Uebernahmeorte sofort in Papierbeutel gebracht werden. Die Papierbeutel sind an von der Heeresverwaltung bezeichnete Sammelstellen abzuliefern, die für eine sofortige Reinigung, die etwaige Krankheitserreger vernichtet, zu sorgen haben.

B. Königreich Preussen.

Verbot der Verwendung verzinkter Kannen zur Milchbeförderung. Erlaß des Ministers des Innern vom 4. November 1918 — M 6485 — an die Herrn Regierungspräsidenten.

In neuerer Zeit haben verschiedene Firmen in erheblichem Unfange verzinkte Milchbeförderungskannen zum Verkauf angeboten. Da die Verwendung derartiger Kannen geeignet ist, die Gesundheit, insbesondere der Säuglinge, zu gefährden, ersuche ich ergebenst, die Aufmerksamkeit der mit Ueberwachung des Lebensmittelverkehrs betrauten Beamten und Sachverständigen auf diesen Mißstand zu lenken, auch unter Hinweis auf die über den Verkehr mit Milch erlassenen Polizeiverordnungen sowie auf die Strafvorschriften in §§ 12 bis 14 des Reichsgesetzes, betreffend den Verkehr mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen, vom 14. Mai 1879 die an dem Vertriebe der Milch beteiligten Kreise gegebenenfalls in geeigneter Weise zu warnen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 24. 20. Dezember. 1918.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Ausdehnung der Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung in der Krankenversicherung. Verordnung des Rats der Volksbeauftragten und des Staatssekretärs des Reichsarbeitsamts vom 22. November 1918.

§ 1. Für den Fall der Krankheit werden bis auf weiteres nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung versichert:

1. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung sämtlich, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet,
2. Handlungsgehilfen und Gehilfen in Apotheken,
3. Bühnen- und Orchestermitglieder ohne Rücksicht auf den Kunstwert der Leistungen,
4. Lehrer und Erzieher,
5. Schiffer auf deutschen Seefahrzeugen, soweit sie nicht unter die §§ 553 bis 553b des Handelsgesetzbuches fallen, sowie auf Fahrzeugen der Binnenschiffahrt,

wenn sie gegen Entgelt beschäftigt werden und ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst mehr als zweitausendfünfhundert Mark, aber nicht mehr als fünftausend Mark an Entgelt beträgt.

§ 2. Die §§ 178, 314 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung werden aufgehoben.

Im § 313 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung erhält der letzte Satz folgende Fassung: „Es kann mit Zustimmung des Kassenvorstandes in eine niedere Klasse oder Lohnstufe übertreten."

§ 3. Wer in der Zeit seit Beginn des Krieges wegen Ueberschreitens der Einkommensgrenze von zweitausendfünfhundert Mark aus seiner Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse ausgeschieden ist, kann bei dieser Kasse binnen sechs Wochen nach dem Inkrafttreten dieser Vorschriften die Wiederaufnahme als Mitglied gemäß § 313 der Reichsversicherungsordnung beantragen, sofern er beim Ausscheiden zur Weiterversicherung berechtigt war und nicht jetzt nach § 1 versicherungspflichtig ist.

Die Kasse kann den Berechtigten, wenn er sich zum Beitritt meldet ärztlich untersuchen lassen. Eine Erkrankung, die beim Wiedereintritt bereits besteht, begründet für diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistung.

Die Vorschriften des Abs. 1, 2 gelten sinngemäß für Personen, die seit Beginn des Krieges auf Grund des § 178 oder des § 314 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung aus der Kassenmitgliedschaft ausgeschieden sind.

§ 4. Sind seit Beginn des Krieges Personen der im § 1 bezeichneten Art trotz Ueberschreitens der Einkommensgrenze von zweitausendfünfhundert Mark von ihrer Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse weiter wie versicherungspflichtige Mitglieder behandelt worden oder Versicherungsberechtigte trotz Ueberschreitens eines regelmäßigen jährlichen Gesamteinkommens von viertausend Mark Mitglieder ihrer Kasse geblieben, so kann diese Mitgliedschaft nachträglich nicht mehr angefochten werden. Dies gilt auch für Fälle, in denen beim Inkrafttreten dieser Vorschriften ein Streitverfahren schwebt.

§ 5. Die Frist zur Meldung der nach § 1 Versicherungspflichtigen (§ 317 der Reichsversicherungsordnung) läuft frühestens mit dem achten Tage nach

dem Inkrafttreten dieser Vorschriften ab. Die Meldung kann wirksam schon vor dem Inkrafttreten dieser Vorschriften geschehen.

§ 6. Diese Vorschriften haben Gesetzeskraft und treten am 2. Dezember 1918 in Kraft.

B. Preussen.

Aenderung der Allgemeinen Verfügung über die Festsetzung von Pauschvergütungen für Dienstreisen nach nahegelegenen Orten vom 18. Oktober 1911. Verfügung des Staatsministeriums vom 2. November 1918.

Artikel I.

§ 2 und § 4 Abs. 1 der oben bezeichneten Verfügung erhalten folgende Fassung:

§ 2. Es erhalten die im § 1 des Reisekostengesetzes genannten Beamten

unter I	20 M.,	unter V	12 M.,
„ II	18 „	„ VI	10 „
„ III	16 „	„ VII	9 „
„ IV	15 „		8 „

Die Pauschvergütung der Beamten unter I bis IV erhöht sich um 1,50 M., wenn für die ganze Strecke der Fahrpreis für die erste Eisenbahnwagenklasse bezahlt ist, die der Beamten unter V bis VI um 1 M., wenn für die ganze Strecke der Fahrpreis für die zweite Eisenbahnwagenklasse oder die erste Schiffsklasse bezahlt ist.

Sind dem Beamten auf der ganzen Strecke die von ihm benutzten Verkehrsmittel (§ 1 Abs. 1) unentgeltlich zur Verfügung gestellt worden, so beträgt die Pauschvergütung

bei I	19,00 M.,	bei V	10,50 M.,
„ II	16,50 „	„ VI	9,50 „
„ III	14,00 „	„ VII	8,00 „
„ IV	13,50 „		6,50 „

Uebersteigen die in den vorstehenden Absätzen festgesetzten Pauschvergütungen diejenigen Beträge, die den Beamten nach den sonst anzuwendenden Vorschriften zustehen würden, so erhalten sie nur die geringeren Beträge.

§ 4. Auslagen des Beamten für die Beförderung von Akten, Karten, Geräten usw., deren er zur Erledigung des Dienstgeschäfts bedarf, sowie Schnellzugszuschläge und sonstige besonders erhobene Tarifzuschläge werden gesondert erstattet.

Artikel II.

§ 7. Diese Verfügung tritt am 1. Oktober 1918 in Kraft.

Maßnahmen zur Verhütung der Einschleppung von übertragbaren Krankheiten durch die aus dem Felde zurückkehrenden Truppen. Erlaß des Ministeriums des Innern vom 23. November 1918 — M 12551 —, an die Herren Regierungspräsidenten.

Die Demobilmachung unseres Feldheeres geht mit so großer Schnelligkeit vonstatten, daß unter Umständen schwere Gefahren für die Volksgesundheit entstehen können, wenn nicht seitens der Behörden unverzüglich die erforderlichen Vorsichtsmaßregeln getroffen werden. Die bisher als Kampfgebiet dienenden oder sonst von unseren Truppen besetzt gewesenen Gebiete sind die Heimat einiger der gefährlichsten übertragbaren Krankheiten: des Fleckfiebers, der Cholera, der Ruhr, des Typhus und der Malaria. Auch herrschen dort die übertragbaren Geschlechtskrankheiten zum Teil sehr stark und haben unter einem Teil unserer Truppen bedauerliche Verbreitung erlangt.

Herbergen, in denen aus dem Felde zurückkehrende Mannschaften übernachten, Quartiergeber, bei denen sie auf ihrem Marsch nach der Heimat untergebracht werden, vor allem die Familien, in die sie zurückkehren, sind daher auf das schwerste gefährdet.

. Das Fleckfieber wird bekanntlich durch Kleiderläuse verbreitet. Ein großer Teil der zurückkehrenden Mannschaften ist verlaust. Im Verkehr mit ihnen ist daher die allergrößte Vorsicht geboten.

Die Cholera wird hauptsächlich durch Personen verbreitet, welche Choleravibrionen in sich beherbergen und ausscheiden, ohne selbst an Cholera zu erkranken.

Auch Typhus und Ruhr werden erfahrungsgemäß besonders durch Leichtkranke und sogenannte Bazillenträger verbreitet.

Die Malaria kann durch Personen verbreitet werden, die an der Krankheit gelitten haben und noch die Krankheitserreger in ihrem Blute beherbergen.

Daher empfiehlt es sich, die einquartierenden Mannschaften tunlichst in öffentlichen Gebäuden, Kasernen, Exerzierhäusern, Tanzsälen, Fabrikräumen, Turnsälen, Schulen und dergl. unterzubringen und auf diese Weise die Einquartierung von Mannschaften in Privatfamilien nach Möglichkeit zu vermeiden. Alle so benutzten Gebäude sind für die Dauer dieser Benutzung dem allgemeinen Verkehr zu entziehen und nicht eher ihrer ursprünglichen Bestimmung zurückzugeben, als bis sie sorgfältig gereinigt und desinfiziert sind.

Zur Durchführung der notwendigen Entlausungen ist darauf hinzuwirken, daß Desinfektionsanstalten mit Apparaten für strömenden Wasserdampf möglichst kostenlos, Badeeinrichtungen unter möglichster Herabsetzung der Preise für Wannen-, Duschen- und Schwimmbäder zur Verfügung gestellt werden. Wo solche Einrichtungen fehlen, sind sie behelfsmäßig herzurichten (s. Anlage). Die Heeresverwaltung ist in der Lage, eine Anzahl fahrbarer Desinfektionsapparate auf Antrag Gemeinden und Kreisen leihweise zur Verfügung zu stellen.

Wo Mannschaften des aufgelösten Feldheeres verkehren oder untergebracht sind, ist besondere Aufmerksamkeit den Aborten und Latrinen zuzuwenden. Diese sind sorgfältig reinzuhalten und täglich mindestens einmal durch Eingießen von Kalkmilch in die Sitzlöcher sowie durch Abscheuern der Sitze und der Türen, besonders der Türgriffe in den Latrinen, zu desinfizieren.

Zur Vermeidung einer Verbreitung der übertragbaren Geschlechtskrankheiten, namentlich des Trippers und der Syphilis, sind Beratungsstellen für Geschlechtskranke tunlichst zu unterstützen und an Orten, in denen sie noch nicht bestehen, ein Bedürfnis für sie jedoch vorhanden ist, unverzüglich einzurichten. Auch ist die Ueberwachung der Prostitution streng durchzuführen.

Es empfiehlt sich, in Herbergen und Massenquartieren die beigefügte Belehrung über die Verhütung von übertragbaren Krankheiten an sichtbarer Stelle anzuschlagen.

Besondere Aufmerksamkeit ist dem Krankentransportwesen zu widmen. Krankenwagen und andere Fuhrwerke, die zum Krankentransport benutzt werden, sind nach jeder Beförderung eines Kranken sorgfältig zu reinigen und zu desinfizieren.

Mannschaften, die an einer übertragbaren Krankheit oder unter krankheitsverdächtigen Erscheinungen erkrankt sind, sind unverzüglich in einem Lazarett, einem Krankenhause oder einem sonst geeigneten Unterkunftsraum abzusondern. Die Personen in der Umgebung des Erkrankten oder Krankheitsverdächtigen sind gemäß den Bestimmungen der Seuchengesetze als krankheits- oder ansteckungsverdächtig zu beobachten bezw. abzusondern.

Besondere Sorgfalt ist auf die ausreichende Verpflegung der durchmarschierenden und einquartierten Truppen zu verwenden. Der Zivilbevölkerung sollen jedoch in Anbetracht ihrer schon jetzt unzulänglichen Ernährung keine Nahrungsmittel zur Verpflegung der Mannschaften entzogen werden.

Während der Dauer der Demobilmachung sind Friseur- und Barbierläden sowie Nahrungsmittelhandlungen, namentlich Milchwirtschaften, einer besonderen Aufsicht zu unterwerfen.

Das Ministerium ersucht ergebenst, das nach den vorstehenden Gesichtspunkten Erforderliche gefälligst unverzüglich in die Wege zu leiten.

Anlage.

Belehrung über die Verhütung und Bekämpfung einiger z. Zt. besonders wichtiger übertragbarer Krankheiten.

1. Fleckfieber.

Das Fleckfieber äußert sich durch schnell ansteigendes hohes Fieber, große Mattigkeit, Benommenheit, Kopfschmerz und Katarrh der Luftwege. Vom dritten Tage der Erkrankung an tritt an Rumpf, Armen und Beinen einschließlich der Handflächen und Fußsohlen ein charakteristischer Ausschlag auf, der in dichtstehenden flohstichartigen roten Flecken auf der Haut besteht.

Da die Uebertragung der Krankheit durch Kleiderläuse stattfindet, ist die Entlausung verlauster Personen das wichtigste Mittel zur Verhütung und Bekämpfung der Krankheit.

Deshalb sind die Mannschaften anzuhalten, ihren Körper und ihre Kleidung auf Läuse zu untersuchen und durch sorgfältige Reinigung ihres Körpers (Baden), Auskochen ihrer Wäsche und Desinfektion ihrer Kleidung von den Läusen zu befreien.

Herbergs- und Quatierwirte sowie die Haushaltungsvorstände, die aus dem Felde heimkehrende Mannschaften bei sich aufgenommen haben müssen tunlichst sofort nach deren Abziehen die von den Mannschaften benutzten Betten, Wäsche- und Kleidungsstücke sorgfältig reinigen und desinfizieren lassen und sich selbst und ihre Angehörigen auf das Vorhandensein von Kleiderläusen untersuchen und gegebenenfalls entlausen.

Behelfsmäßige Herstellung von Dampfdesinfektionseinrichtungen. Wo keine Desinfektionsanstalten vorhanden sind, können Dampfdesinfektionsapparate in der Weise hergerichtet werden, daß hohe Fässer oder große gutgefuchte Kisten als Desinfektionskammern benutzt werden. Ihr Deckel wird mit 2 Löchern versehen; in das eine wird ein Thermometer gesteckt, durch das andere wird der Dampf aus einer Lokomobile oder einem anderen Dampfkessel mittels eines Schlauches oder Rohres eingeführt. In den Boden wird ebenfalls ein Loch gebohrt, um dem Dampf Abzug zu verschaffen. Wenn nach Einleiten des Dampfes in den mit Desinfektionsgut gefüllten Apparat das Thermometer 100° C zeigt, müssen unter dauernder Zuleitung von Dampf die zu desinfizierenden Gegenstände noch wenigstens $^{3}/_{4}$ Stunden in dem Apparat bleiben.

Behelfsmäßige Herrichtung von Wannen- und Duschenbädern. Wo Badewannen fehlen, sind Waschfässer, Bottiche, große Tonnen oder dergl. zu benutzen. Duschenbäder lassen sich dadurch herrichten, daß man in dem durchbohrten Boden eines Eimers oder einer klei[illegible] Tonne die Brause einer Gießkanne befestigt, und dieses mit warmen W[illegible]er gefüllte Gefäß an der Decke des Zimmers aufhängt oder erhöht, z. B. auf ei[illegible]nd stellt.

2. Cholera, Ruhr, Typhus.

Die Cholera beginnt mit Durchfällen, die bald stürmisch einander folgen, während gleichzeitig unstillbares Erbrechen auftritt Die dünnen Stuhlentleerungen werden farblos, reiswasserähnlich.

Personen, welche in dieser Weise erkranken, sind unverzüglich als choleraverdächtig bei der Polizeibehörde anzuzeigen, damit ihre Absonderung und eine bakteriologische Untersuchung ihrer Ausleerungen veranlaßt werden kann. (Dasselbe gilt auch von Personen, die unter ruhr- oder typhusähnlichen Erscheinungen erkranken.)

3. Die übertragbaren Geschlechtskrankheiten.

Tripper und Syphilis sind nicht so harmlos, wie dies von Laien vielfach angenommen wird. Sowohl der Erkrankte selbst, als auch seine Nachkommenschaft ist großen Gefahren ausgesetzt. Schwere Erkrankungen der Unterleibsorgane und Bauchfellentzündung können sich an eine anscheinend harmlose Tripperer krankung anschließen, und Erblindung der Neugeborenen ist meist Folge einer Trippererkrankung der Eltern.

Die Syphilis kann dagegen zu schwerer Allgemein- und Organerkrankung, vor allem zu Erkrankungen des Nervensystems führen; Gehirnerweichung und

Rückenmarksdarre sind fast stets Folgen der Syphilis. Die Kinder syphilitischer Eltern sterben entweder vorzeitig ab, so daß sie tot geboren werden, oder sie können zeitlebens siech und elend bleiben. Taubheit, Epilepsie und Idiotie sind nicht selten Folgen elterlicher Syphilis.

Der Bevölkerungszuwachs könnte in Deutschland alljährlich um 2—300000 gesunde Kinder größer sein, als es zur Zeit der Fall ist, wenn es gelänge, die übertragbaren Geschlechtskrankheiten auszurotten.

Tripper und Syphilis werden zum größten Teil der Fälle durch den Geschlechtsverkehr verbreitet. Deshalb hat jeder Geschlechtskranke die Pflicht, während der Dauer seiner Krankheit den Geschlechtsverkehr zu meiden. An Syphilis leidende Personen müssen darauf achten, daß von ihnen benutztes Eß- und Trinkgeschirr und dergl. nicht von gesunden Personen benutzt wird.

Wer an Ausfluß aus der Harnröhre, Brennen beim Urinlassen oder Geschwüren an den Geschlechtsorganen leidet oder sonst Grund zu der Annahme zu haben glaubt, daß er geschlechtskrank ist, suche einen Arzt oder eine Beratungsstelle für Geschlechtskranke auf und führe die ihm angeratene Behandlung gewissenhaft durch.

Ausstellung von Leichenpässen zur Beförderung der im besetzten Gebiete des Ostens gefallenen oder verstorbenen Personen. Erlaß des Ministeriums des Innern vom 12. November 1918.

Im Einvernehmen mit dem Herrn Kriegsminister wird für die Ausstellung von Leichenpässen zur Beförderung der in dem besetzten Gebiete des Ostens gefallenen und an Krankheit verstorbenen

a) Angehörigen des Heeres und Heeresgefolges,
b) Zivilbeamten,
c) Privatpersonen

nach Deutschland folgendes bestimmt:

Für die Personen zu a) und b) verbleibt es bei den bisherigen Bestimmungen mit der Maßgabe, daß da, wo Etappeninspektionen nicht mehr bestehen, die Befugnis zum Ausstellen der Leichenpässe auf die an ihre Stelle getretenen Militärgouvernements und Militärverwaltungen übergeht.

Für die Personen zu c) ist die Befugnis auf die Kreisverwaltungen übertragen.

Für die Ausstellung des Leichenpasses bleibt die Beibringung eines Zeugnisses maßgebend, das für die Personen zu a) und b) wie bisher von einem Obermilitärarzt auszustellen ist, während für die Personen zu c) hiermit ein von den Kreisverwaltungen zu bestimmender (Kreis-)Arzt zu beauftragen ist.

Ich ersuche, hiernach die nachgeordneten Behörden gefälligst mit Anweisung zu versehen.

C. Bayern.

Errichtung eines Ministeriums für Soziale Fürsorge. Verordnung der Regierung des Volksstaates vom 14. November 1918.

§ 1. Zur Behandlung der sozialen Angelegenheiten wird ein besonderes Ministerium mit der Bezeichnung

„Ministerium für Soziale Fürsorge“

gebildet.

§ 2. Der Wirkungskreis des Ministeriums für Soziale Fürsorge umfaßt die oberste Leitung der sozialen Angelegenheiten und die oberste Aufsicht auf die der sozialen Fürsorge dienenden Einrichtungen.

Hierzu werden dem Ministerium für Soziale Fürsorge aus dem Geschäftsbereich der Ministerien des Aeußern und des Innern folgende Geschäftsaufgaben übertragen:

1. Die Behandlung der rechtlichen und wirtschaftlichen Angelegenheiten der Arbeiter und Angestellten, insbesondere der Vollzug der hierauf bezüglichen Bestimmungen der einschlägigen Reichs- und Landesgesetze,

2. die Leitung der Gewerbeaufsicht,
3. die Ueberwachung des Arbeitsmarktes, namentlich die Ordnung des gesamten Arbeitsnachweises und die Arbeitslosenfürsorge,
4. die Durchführung der Sozialversicherung, insbesondere der Vollzug der Reichsversicherungsordnung, des Versicherungsgesetzes für Angestellte sowie der Unfallfürsorgegesetze,
5. die Regelung des Wohnungswesens, einschließlich der städtischen und industriellen Siedlung.

§ 3. Dem Ministerium für Soziale Fürsorge sind unmittelbar untergeordnet:

1. Das Landesversicherungsamt,
2. die Kreisregierungen und das Oberbergamt einschließlich der ihnen angegliederten Stellen bezüglich derjenigen zu ihrem Wirkungskreis gehörigen Gegenstände, die nach § 2 dem Ministerium für Soziale Fürsorge übertragen sind,
3. das Arbeitermuseum.

§ 4. Mit der Uebertragung der vorstehenden Geschäftsaufgaben gehen alle bisherigen Zuständigkeiten der Ministerien des Aeußern und des Innern auf diesen Gebieten an das Ministerium für Soziale Fürsorge über.

§ 5. Bezüglich des Landesbeirats für Industrie, Gewerbe und Handel wird besondere Regelung ergehen.

§ 6. Die über den Wirkungskreis der Ministerien und den Geschäftsgang bei denselben bestehenden allgemeinen Vorschriften gelten auch für das Ministerium für Soziale Fürsorge. Im übrigen wird für den Geschäftsgang daselbst eine besondere Geschäftsordnung erlassen.

§ 7. Dem Ministerium für Soziale Fürsorge wird die erforderliche Anzahl von Beamten zugeteilt.

Die Aufgaben des Generalsekretärs werden einem Beamten nach Bestimmung des Ministers übertragen.

§ 8. Die gegenwärtige Verordnung tritt sofort in Kraft.

Die Minister des Aeußern, des Innern und der Finanzen sowie der Minister für Soziale Fürsorge sind mit dem Vollzuge betraut.

Ausbildung staatlich anerkannter Säuglingspflegerinnen. Verordnung des Ministeriums des Innern vom 20. November 1918.

§ 1. Für die Ausbildung von staatlich anerkannten Säuglingspflegerinnen, die sich der Pflege des gesunden Säuglings in der Familie oder in der sogenannten offenen und geschlossenen Säuglingsfürsorge widmen wollen, werden die Schulen

bei dem Mütter- und Säuglingsheime der Frauenklinik Chemnitz,
bei dem Säuglingsheim der Stadt Dresden und
bei dem Kinderkrankenhause Leipzig

zugelassen.

§ 2. Die Gesuche um Aufnahme in einer dieser Schulen sind an den leitenden Arzt der Schulen zu richten. Das Zulassungsalter beträgt 20 Jahre.

§ 3. Die Ausbildung erfolgt in einjährigem Lehrgange, der sich auf Kranken-, Wochen- und Säuglingspflege erstreckt und nach folgenden Grundsätzen auszugestalten ist:

1. Die Schülerin soll über Bau und Verrichtungen des menschlichen Körpers, und zwar namentlich über Körperbau und Entwicklung des Säuglings und Kleinkindes, so weit unterrichtet werden, daß sie ein für die Pflege des Säuglings und Kleinkindes ausreichendes Verständnis der Vorgänge gewinnt, die sich im gesunden und kranken Körper abspielen.

2. Die weitere Unterweisung erstreckt sich auf die Grundsätze der allgemeinen Gesundheitslehre (Reinlichkeit, Luft, Licht), die einwandfreie Beschaffenheit der Wohn-, Schlaf- und Krankenräume (Kinderzimmer), die täglichen Dienstleistungen der Pflegerin, die Pflege bei besonders wichtigen

Krankheitszuständen und die Ausführung ärztlicher Verordnungen. Dabei sollen eingehende praktische Uebungen stattfinden.

3. Die Schülerin soll zu möglichst scharfer Krankenbeobachtung, namentlich auch hinsichtlich kranker Säuglinge und Kleinkinder, angeleitet und darüber belehrt werden, durch welche Handreichungen sie nötigenfalls die beobachteten Leiden und Beschwerden vorläufig lindern kann. Sie soll über die ihr bei solchen Hilfeleistungen gezogenen Grenzen sowie über die Notwendigkeit rechtzeitiger Heranziehung des Arztes unterrichtet werden.

4. Auch die Hilfeleistungen bei der Wundbehandlung sind entsprechend zu lehren. Dabei soll hauptsächlich die Lehre von den Wundkrankheiten, die Infektion und Desinfektion sowie die Asepsis und Antisepsis berücksichtigt werden. Außerdem ist über die Blutstillung, das Anlegen von Verbänden und die Ruhigstellung verletzter Teile, ferner über Hilfeleistung bei plötzlich auftretenden Leiden, Unglücksfällen und Vergiftungen sowie über die zweckmäßigste Krankenbeförderung zu unterrichten.

5. Besonders eingehend ist die Pflege des gesunden Säuglings und Kleinkindes zu lehren und durch ständige praktische Uebungen zu erläutern. Hierbei sind namentlich die Nabelpflege, allgemeine Reinigung des Körpers, das Baden des Säuglings, Trockenlegen und Pudern, ferner das Wickeln, das Kleiden, die Beschaffenheit des Bettes und sonstige Pflegeregeln für Säuglinge und Kleinkinder zu behandeln. Auch soll die Schülerin mit den allgemeinen Grundzügen der Beschäftigung des Säuglings und Kleinkindes vertraut gemacht werden.

6. Ueber die Ernährung des Säuglings, Bedeutung und Vorteile der Brustnahrung (Mutter, Amme), die Pflege der Brust und deren Erkrankungen, das Stillen, die Zwiemilchernährung, das Abstillen, die künstliche Ernährung (namentlich deren Nachteile), die Beikost, die Ernährung der Kleinkinder sind sehr genaue mündliche und praktische, immer zu wiederholende Unterweisungen zu erteilen.

7. Die Verhütung von Krankheiten und die Verhinderung der Verschleppung und Uebertragung von Krankheitskeimen sollen Gegenstand eingehender Unterweisungen bilden. Die Schülerin soll lernen, daß neben der peinlichsten Reinlichkeit nur die sofortige sorgfältige Vernichtung der Krankheitskeime die Verbreitung der übertragbaren Krankheiten verhindern und sie selbst vor Ansteckung schützen kann. Insbesondere sind die Krankheiten der Neugeborenen (Frühgeburten), die sonstigen Krankheiten (übertragbare Krankheiten) und regelwidrigen Veranlagungen des Kindesalters, Ernährungsstörungen, Erkältung, Hitzestauung und die Verhütung aller dieser Gesundheitsschädigungen genau zu behandeln.

8. Die Unterweisung in der Wochenpflege erstreckt sich auf die Pflege und Beobachtung der Wöchnerinnen und Neugeborenen, auf die aseptische Pflege des Neugeborenen, Vermeiden der Händeinfektion, auf Nabel-, Haut- und Schleimhautpflege (Gefahr der Nabeleiterung, Auftreten von Schwämmchen [Soor], von Mund- und Magen-Darmkrankheiten, Gefahr der Schälblasen [Pemphigus] und anderer Hauterkrankungen.

9. Schließlich ist die Bedeutung der öffentlichen Mütter- und Säuglingsfürsorge in einigen Unterrichtsstunden zu erläutern und tunlichst auch durch praktische Vorführungen (Besuch von Säuglingsfürsorgestellen und ähnlichen Einrichtungen) darzustellen.

§ 5. Die Ausbildung schließt mit einer mündlichen und praktischen Prüfung.

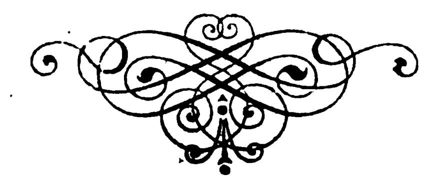
Der Prüfungsausschuß wird vom Ministerium ernannt. Er besteht aus einem beamteten Arzte als Vorsitzenden und zwei Aerzten der Anstalten, an denen die Ausbildung erfolgt, als Beisitzern; unter den Beisitzern muß sich ein Lehrer der Schule befinden.

§ 6. Jede Schule hat eine Prüfungsordnung aufzustellen.

§ 8. Nach bestandener Prüfung erhalten die Geprüften einen Ausweis als staatlich anerkannte Säuglingspflegerinnen.

§ 9. In den Frauenkliniken Dresden und Leipzig ausgebildete Hebammen können zu der Prüfung dann zugelassen werden, wenn sie sich ihrer Persönlichkeit nach für den Beruf einer Säuglingspflegerin besonders eignen und einen dreimonatigen Lehrgang bei einer der zugelassenen Schulen zurückgelegt haben.

Auch staatlich geprüfte Krankenpflegepersonen, ebenso die Schwestern des staatlichen Schwesternhauses Arnsdorf und der Diakonissenanstalten Dresden, Leipzig und Borsdorf können zu der Prüfung zugelassen werden, wenn sie bei einer der zugelassenen Schulen eine sechsmonatige Ausbildung in der Wochen- und Säuglingspflege zurückgelegt haben.



Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.





